FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1912-1913 N° 1012

De l'élimination spontanée du Fœtus

DANS LES

GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES

au delà du troisième mois

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 5 Juillet 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

KOTLER (Sarah)

Née le 9-21 Août 1884, à Sedlietsek (Russie)

Examinateurs de la Thèse :	MM. HERRGOTT	professeur. .	*Président.*
	WEISS	professeur. .	*Juges.*
	G. GROSS	agrégé	
	PERRIN	agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE ALBERT BARBIER
4, QUAI CHOISEUL, 4

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1912-1913 **N° 1012**

De l'élimination spontanée du Fœtus

DANS LES

GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES

au delà du troisième mois

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 5 Juillet 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

KOTLER (Sarah)

Née le 9-21 Août 1884, à Sedlietsck (Russie)

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

Examinateurs de la Thèse :

MM.	HERRGOTT	professeur. .	*Président.*
	WEISS	professeur. .	*Juges.*
	G. GROSS	agrégé	*Juges.*
	PERRIN	agrégé	*Juges.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE ALBERT BARBIER
4, QUAI CHOISEUL, 4
—
1913

UNIVERSITÉ DE NANCY. FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. GROSS, O ✻, I ⚙.
Assesseur : M. WEISS, ✻, I ⚙.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, ✻, I ⚙ ; NICOLAS, I ⚙ ; PRENANT, ✻, I ⚙, BERNHEIM, O ✻, I ⚙.

Professeurs : MM.

Clinique chirurgicale	GROSS, O ✻, I ⚙.
Physique médicale	CHARPENTIER, ✻, I ⚙.
Médecine opératoire	CHRÉTIEN, I ⚙.
Clinique chirurgicale	WEISS, ✻, I ⚙.
Chimie médicale et toxicologie	GARNIER, I ⚙.
Clinique médicale	SPILLMANN, I ⚙.
Clinique obstétricale et Accouchements	A. HERRGOTT, ✻, I ⚙.
Hygiène	MACÉ, I ⚙.
Clinique médicale	SIMON, I ⚙.
Physiologie	MEYER, ✻, I ⚙.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	ETIENNE, I ⚙.
Histoire naturelle médicale	VUILLEMIN, I ⚙.
Clinique ophtalmologique	ROHMER, I ⚙.
Médecine légale	PARISOT, ✻, I ⚙.
Clinique des maladies des enfants	HAUSHALTER, I ⚙.
Histologie	BOUIN, I ⚙.
Anatomie descriptive	ANCEL, I ⚙.
Anatomie pathologique	HOCHE, I ⚙.

Professeurs-adjoints : MM.

Clinique d'électrothérapie (1)	GUILLOZ, ✻, I ⚙.
Pathologie externe	VAUTRIN, I ⚙.

Chargés de Cours complémentaires : MM.

Clinique des maladies des vieillards.	RICHON, A ⚙, agrégé.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	L. SPILLMANN, I ⚙, agrégé libre.
Accouchements	SCHUHL, I ⚙, agrégé libre.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie (1)	FRŒLICH, I ⚙, id.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)	JACQUES, I ⚙, id.
Clinique des voies urinaires (1)	ANDRÉ, I ⚙, id.
Clinique des maladies mentales	PARIS, I ⚙.
Médecine opératoire	MICHEL, I ⚙, agrégé libre.
Thérapeutique et Matière médicale.	ZILGIEN, I ⚙, id.

Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ, ✻, I ⚙.	MM. COLLIN, A ⚙.	MM. BUSQUET.
LAMBERT, I ⚙.	DUFOUR, I ⚙.	LUCIEN, A ⚙.
RICHON, A ⚙.	SENCERT, A ⚙.	BINET.
G. GROSS, I ⚙.	ROBERT, A ⚙.	PERRIN, A ⚙.
FRUHINSHOLZ, I ⚙.		

Agrégés libres

MM. REMY, A ⚙, FÉVRIER, O ✻, I ⚙, ZILGIEN, I ⚙, FRŒLICH, I ⚙, SCHUHL, I ⚙, JACQUES, I ⚙, ANDRÉ, I ⚙, MICHEL, I ⚙, L. SPILLMANN, I ⚙.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, ⚓, I ⚙, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance et d'affection filiales

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. HERRGOTT

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage respectueux et reconnaissant

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FRUHINSHOLZ

A MES JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

MESSIEURS LES AGRÉGÉS PERRIN ET G. GROSS

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

INTRODUCTION

L'idée première de ce travail nous a été donnée par M. le professeur agrégé Fruhinsholz, qui a bien voulu nous remettre le petit squelette, éliminé os par os par une femme, dont nous trouverons l'histoire dans l'observation I).

Nous en sommes très reconnaissante à notre maître, de bien vouloir nous confier ce sujet, qui nous intéresse beaucoup, mais dont l'étude, avouons-le, est bien au-dessus de nos expériences médicales. Notre travail sera, disons-le de suite, très modeste. Nous tâcherons seulement, en exposant l'observation de M. Fruhinsholz et les autres que nous pûmes recueillir dans la presse médicale française et étrangère, depuis 1880, de montrer à quels dangers est exposée la femme pendant le travail d'élimination spontanée et même après, quand on espère qu'une fois l'élimination finie, la femme va guérir.

Nous allons brièvement étudier les complications qui peuvent survenir au moment du travail d'élimination

ou consécutivement et qui assombrissent notablement le pronostic, de telle sorte que, chaque fois que nous nous trouvons en présence d'une femme qui élimine des parties fœtales par une voie quelconque, notre pronostic doit être toujours réservé.

Notre but est enfin, en raison des dangers que court la femme pendant l'élimination et des complications précoces ou tardives qui peuvent survenir, de démontrer qu'il est absolument indiqué d'intervenir chaque fois qu'une grossesse extra-utérine est diagnostiquée.

HISTORIQUE & DIVISION DU SUJET

Des cas d'élimination fœtale ont été observés de longue date, même dans un temps où l'étude de grossesses extra-utérines n'était pas encore ébauchée. Dans ses « Essais historiques sur l'accouchement », Sue (jeune) cite l'observation suivante d'Albucasis : « Une femme ayant dépassé le terme de la grossesse de quelques mois vit se former à l'ombilic une tumeur qui s'abcéda et laissa passer du pus et des os ».

Sue attribua ce phénomène à l'issue d'un fœtus, retenu dans l'utérus. Mais depuis, les grossesses extra-utérines ont été l'objet de nombreux travaux, où l'on étudia minutieusement leur étiologie, leurs symptômes, leur diagnostic et leurs différents modes de terminaison, etc. On a reconnu que l'élimination spontanée de parties fœtales par les voies naturelles ou la paroi abdominale, jadis attribuée aux rétentions du fœtus dans l'utérus, n'était qu'un des modes de terminaison de grossesses extra-utérines suivies de rétention fœtale, c'est-à-dire de grossesses anciennes.

Cette question a occupé différents auteurs :

Citons d'abord l'important travail de Mattei, paru en 1869 : « Des divers modes de terminaison des grossesses extra-utérines anciennes et de leur traitement ». Rappelons aussi la monographie de Parry, en 1876. La thèse de Deschamps, en 1880, où on trouve les faits d'élimination spontanée apparus entre 1875-1880. Ces faits nous les ferons entrer seulement à titre de mémoire dans le tableau que nous établirons à la fin de notre thèse, à côté d'un certain nombre d'observations recueillies par nous-mêmes, depuis cette époque, dans la littérature médicale française et étrangère. Signalons enfin la thèse d'agrégation de Maygrier, en 1886 : « Terminaison et traitement de la grossesse extra-utérine », qui est restée classique et à laquelle nous ferons de nombreux emprunts. Nous apportons nous-même une observation, qui nous a été communiquée par notre maître, M. Fruhinsholz, professeur agrégé à la Faculté de Nancy, auquel nous devons le sujet de notre travail.

Nous diviserons celui-ci de la manière suivante :

Dans un premier chapitre, après une courte définition, nous indiquerons le mode de formation et l'évolution anatomique du kyste fœtal dans les différents modes de grossesses anciennes. Puis, dans un second chapitre, après avoir rappelé le tableau clinique de la grossesse extra-utérine, son évolution clinique vers la rétention fœtale, la symptomatologie à laquelle donne lieu cette dernière, nous en viendrons à l'élimination spontanée avec leurs symptômes particuliers pour chacune des voies, qui peuvent donner issue au produit de con-

ception. Nous passerons ensuite en revue les complications qui créent cette élimination. Enfin, après en avoir étudié le pronostic, nous préciserons les indications thérapeutiques, que commande ce mode particulier de terminaison de grossesse extra-utérine ancienne, à savoir : l'élimination spontanée.

CHAPITRE PREMIER

MODE DE FORMATION
et évolution anatomique du kyste fœtal dans la grossesse ancienne

---

Toutes les grossesses extra-utérines peuvent se terminer par l'élimination spontanée du fœtus, mais ce mode de terminaison est surtout le fait des grossesses anciennes.

C'est précisément sur ces grossesses que nous allons porter notre attention, et nous laissons d'ores et déjà de côté les faits de grossesses tubaires, extrêmement rares, d'ailleurs, dans lesquels l'élimination spontanée du fœtus par l'utérus se produit immédiatement après sa mort.

Définition des grossesses anciennes

Ce sont celles qui comportent la rétention après un séjour plus ou moins long du fœtus mort et devenu corps étranger dans les organes maternels.

Parmi toutes les variétés de grossesses extra-utérines les plus capables de se transformer en grossesses anciennes sont sans doute les grossesses abdominales, parce que le fœtus trouve dans la cavité abdominale les conditions les plus favorables à son développement. Mais quel est le mode de production le plus ordinaire de grossesses abdominales ?

Dans la grande majorité des cas elles dérivent d'une grossesse tubaire ou ovarique, dans laquelle l'œuf, après la rupture du sac fœtal, est tombé dans la cavité abdominale, s'est greffé sur la séreuse et a continué à s'y développer.

Nous y ajouterons les cas de grossesses tubo-abdominales et de grossesses ovariques externes, où l'œuf, dans sa nidation, vient occuper primitivement la cavité péritonéale où il s'enkyste dans les mêmes conditions.

Si les grossesses anciennes abdominales sont les plus fréquentes, elles peuvent être aussi le fait d'une grossesse tubaire, dans laquelle le kyste fœtal se développe aux dépens des parois de la trompe, suffisamment élastique pour se laisser distendre. Dans ce cas, il s'agit presque toujours d'une grossesse extra-utérine interstitielle (observation XXIV), Gebhardt y rapporte l'observation d'une grossesse interstitielle avec l'élimination des parties fœtales par l'utérus après 3 ou 4 mois de rétention. Mais ces cas sont rares, la grossesse tubaire se termine ordinairement par rupture, dans les premiers mois de la gestation.

Formation du kyste fœtal dans la cavité abdominale

Le fœtus, après sa fixation sur la séreuse, détermine par son développement des phénomènes d'irritation et d'inflammation du péritoine, des péritonites adhésives qui, si elles n'emportent pas la femme par leur généralisation, se localisent et aboutissent à la formation de nombreuses fausses membranes, circonscrivant les parois du kyste.

De nouvelles poussées de péritonite viennent épaissir les parois du kyste, en créant les nouvelles fausses membranes qui, en même temps et peu à peu soudent le kyste aux organes voisins et à la paroi abdominale antérieure par des adhérences de plus en plus intimes. Leurs rapports deviennent parfois si étroits, qu'au cours d'interventions chirurgicales, il est impossible de libérer le kyste pour en faire l'exérèse, sans déterminer de dégâts graves sur les organes voisins : on recourt alors à la marsupulation du kyste. On comprend ainsi que la paroi du kyste fœtal est constituée sur sa face externe par les fausses membranes et les organes voisins, sur sa face interne par les membranes fœtales.

Ainsi formé, le kyste après la mort du fœtus évolue, comme nous le verrons, ou bien vers la guérison spontanée, ou bien, après une tolérance de durée variable et une période de calme relatif, il s'infecte et donne lieu à des accidents divers, dont l'élimination spontanée par les voies naturelles (vagin, vessie, rectum) ou la paroi abdominale n'est qu'un cas particulier.

La guérison spontanée au cas où le fœtus est mort dans les premiers mois de la gestation est presque la régle : il se produit une dissolution complète de l'œuf, qui est totalement résorbé.

Si le fœtus meurt plus tard, ou dans les derniers mois, la guérison est beaucoup plus rare et se produit par transformation du fœtus en *lithopaedion.*

Il subit alors différentes modifications. Le liquide amniotique se résorbe, les parois du kyste s'appliquent sur le corps du fœtus. Le kyste se rétracte et diminue de volume. Les parties molles du fœtus subissent une dégénérescence adipeuse et se transforment en bouillie épaisse, qui peut se résorber elle-même ; le squelette se calcifie peu à peu et se transforme en masse dure, semblable à de la véritable pierre. C'est le lithopaedion vrai de Kuchenmeister. Léopold explique cette résorption des parties molles du fœtus par la déchirure des membranes de l'œuf, qui le laisse pour ainsi dire nu dans la cavité abdominale.

Si les membranes de l'œuf demeurent intactes, le fœtus se momifie et ne subit lui-même que fort peu de modifications, tandis que les parois s'incrustent de sels calcaires. Cette incrustation peut également dans quelques cas porter à la fois sur les parois kystiques et sur le fœtus. Mais quelle que soit la transformation de ce dernier en lithopaedion, il est toléré assez facilement par l'organisme de la femme pendant de longues années, sans produire d'accidents, s'il n'est pas suffisamment volumineux pour déterminer des phénomènes de compression.

Quelquefois les lithopaedions ne sont qu'une trou-

vaille d'autopsie. L'un des plus remarquables est le cas de Sappey, où la retention a duré 56 ans, le fœtus presque pas modifié se trouvait dans un kyste, dont les parois étaient d'une dureté osseuse. Dans le mémoire de Kuchenmeister sur les lithopaedions, on trouve des cas où la rétention s'est prolongée pendant 25, 32 et 52 ans.

Mais cette terminaison favorable pour la femme est excessivement rare. Le plus souvent, grâce au voisinage de l'intestin et à cause des produits éminemment septiques qu'il renferme, le fœtus se putréfie et amène l'inflammation et la suppuration secondaire du kyste fœtal. La suppuration du kyste peut aussi être une conséquence d'une infection générale (pneumonie, fièvre typhoïde, etc.)

Un accouchement normal survenant au cours d'une grossesse extra-utérine peut être la cause d'une infection du kyste et de sa suppuration. Brown, dans son travail « Grossesse gémell. extra et intra-utérine combinée », rapporte une observation (de Rosset), où chez une femme, deux semaines après son accouchement normal, la septicémie se déclara : l'état de la malade s'empira tous les jours ; l'odeur qui se dégageait de toute sa personne devint tellement forte, que c'était à peine si ses amis pouvaient rester près d'elle.

Quelques jours après, une partie fœtale vint faire saillie à la vulve. Elle était dans un état de décomposition avancée. Après l'issue de cette masse putride, la tumeur, que présenta cette malade dans la région iliaque droite, diminua d'une façon notable et l'état général de la malade s'améliora rapidement.

Si la malade ne meurt pas de péritonite ou de septicémie consécutive, les parois du kyste s'amincissent, s'ulcèrent, et grâce aux adhérences qui l'unissent aux organes voisins, le kyste vient s'ouvrir dans ces derniers ou à la paroi abdominale. Cette ouverture au lieu de se faire en dehors, peut se faire dans la cavité abdominale elle-même et déterminer la mort par péritonite aiguë.

CHAPITRE II

OUVERTURE DU KYSTE
au dehors avec issue spontanée de parties fœtales. — Symptômes cliniques

---

Le kyste fœtal infecté peut, nous l'avons déjà vu, s'ouvrir au dehors spontanément par un ou plusieurs orifices.

Les traumatismes, un coup porté sur la paroi abdominale, une chute peuvent être la cause occasionnelle d'ouverture du kyste.

Dans des cas assez nombreux, que nous éliminerons de suite comme ne rentrant pas dans notre sujet, les orifices sont trop étroits et donnent seulement issue à un liquide fétide, brunâtre ou purulent, qui s'écoule par les voies naturelles ou par une fistule abdominale.

Nous nous occuperons uniquement des cas, où les orifices sont suffisamment larges pour laisser passer des os du squelette fœtal, des débris musculaires putréfiés et même quelquefois le fœtus entier (Observ. IX).

Mais avant de nous occuper des différentes voies d'élimination avec des particularités propres à chacune d'elles, nous allons esquisser rapidement le tableau clinique de la grossesse extra-utérine en général, avec son évolution vers l'élimination spontanée du fœtus, dont les traits son identiques, presque dans toutes les observations, quelle que soit la voie d'élimination.

En effet, la constatation chez une malade d'une élimination par une voie quelconque, rectum, vagin, paroi abdominale fistulisée, de parties fœtales caractéristiques, os, par exemple, impose immédiatement le diagnostic du clinicien.

Ce qui l'intéresse plutôt au point de vue du pronostic et en même temps du traitement, c'est l'évolution clinique de la grossesse et l'état actuel de la femme. En lisant les observations on remarque nettement trois phases, qui se succèdent dans l'évolution clinique de la grossesse extra-utérine, se terminant par l'élimination spontanée du fœtus :

1) L'évolution clinique de la grossesse extra-utérine en général ;

2) Sa transformation clinique en grossesse ancienne ; qui de sa part se divise en :

a) Symptômes de la mort du fœtus.

b) — de la rétention fœtale.

3) Infection et suppuration du kyste, suivi de son ouverture dans les organes voisins ou à la paroi abdominale.

1° Evolution clinique de la grossesse extra-utérine en général.

Faisons d'abord la remarque, que toutes nos observations (sauf les obs. VII, XXIX) se rapportent à des multipares.

Dans certains cas, la grossesse extra utérine évolue comme une grossesse normale (obs. II, IV) ; (cependant dans ce dernier cas, la malade éprouvait de violentes douleurs pendant les deux premiers mois de la gestation) ; la femme ne se doute de rien et ne commence à s'inquiéter, que lorsque le travail, qu'elle a pris pour un travail d'enfantement, n'aboutit pas à l'expulsion du fœtus.

Mais dans la plupart des cas, les phénomènes qu'elle présente reproduisent le tableau clinique classique de la grossesse extra-utérine : les *règles sont supprimées et remplacées par les écoulements sanguins* anormaux, mais si les règles existent, les écoulements anormaux font défaut (observation III). *Les douleurs* vives dans le ventre, dues aux troubles péritonéaux. Elles peuvent être légères et passer inaperçues chez la femme, mais augmentent après un effort ou fatigue ; quelquefois cependant, elles sont assez violentes et généralisées pour faire croire à une péritonite, surtout lorsqu'elles s'accompagnent d'autres signes : pouls filiforme, vomissements, élévation de la température, ballonnement du ventre, éructations, hoquet (obs. III, XXIX). Ces crises de péritonite, viennent par accès. Mais dans certains cas, la douleur peut être fixe, constante, siégeant du côté de la tumeur.

Les phénomènes de compression : pollakiurie, constipation.

L'examen physique, pratiqué à ce moment montre la présence d'une tumeur, située dans l'hypochondre droite ou gauche ou dans le bas-ventre. Cette tumeur est lisse ou bosselée et souvent douloureuse à la pression. L'utérus est lui-même augmenté de volume et si la vessie est pleine, on constate alors trois tumeurs, comme le remarque M. Pinard. Le cathétérisme montre que la cavité utérine est vide.

A l'auscultation, on perçoit des battements cardiaques au niveau de la tumeur et le souffle utérin (obs. III).

Le toucher vaginal fait sentir un col de consistance normale de situation différente suivant le siège de la tumeur.

2° Transformation clinique de la grossesse en grossesse extra-utérine ancienne.

a) *Mort du fœtus.* — Quand la grossesse arrive à terme ou près du terme, la femme entre en travail. C'est ce qu'on appelle le *faux travail.* Elle éprouve des douleurs analogues à celles du travail normal. La pathogénie de ces douleurs n'est pas encore connue, cependant quelques auteurs au cours d'une laparotomie pratiquée pendant le faux travail, ont constaté, que l'utérus se contracte à intervalles réguliers.

Le faux travail n'aboutit pas à l'expulsion d'un fœtus, mais seulement de caillots sanguins (obs. XVIII), dans lesquels on trouve des lambeaux de caduque : « de peau épaisse en forme de sac », comme disait une malade

de M. Pinard (obs. XXIX) ; où on constate l'écoulement d'un liquide citrin, clair (obs. III et IV). La durée du faux travail est variable : de huit à vingt-quatre heures en général, parfois de plusieurs semaines (14 jours dans l'obs. XII).

Le fœtus meurt pendant le faux travail. Dans un grand nombre de cas, le fœtus meurt à la suite d'une hémorragie profuse (obs. IX, XXVI). Après le faux travail, on observe une montée laiteuse.

b) *Rétention fœtale.* — Une fois le fœtus mort, il n'y a plus grossesse, mais rétention fœtale. La malade voit sa menstruation revenir. Les fonctions génitales s'accomplissent sans le moindre trouble et l'aptitude à la fécondation persiste. Citons l'observation de Bovec (obs. VIII), où la malade fait une grossesse normale sept ans après le faux travail sans aucun accident et suivi d'un accouchement normal ; un an après cet accouchement, elle commence à éliminer les os par le rectum. Une grossesse normale dans la plupart des cas n'influence pas la grossesse extra-utérine et la femme peut avoir plusieurs grossesses intercurrentes, évoluant sans qu'il survienne la moindre complication. Nous en trouverons plusieurs exemples dans la thèse de M. Schuhl, (thèse de Nancy, 1883). Mais l'accouchement et les suites de couches peuvent déterminer des phénomènes inflammatoires soit au niveau du kyste, soit dans son voisinage. Exemple : observation de Rosset, que nous avons déjà signalée. La tumeur régresse et le ventre diminue de volume. Cependant dans certains cas où l'hydramnios se produit, comme dans une grossesse normale, le ventre reste encore gros pendant un certain temps,

mais le liquide amniotique finit par se résorber et la tumeur régresse. Au niveau de la tumeur, on ne perçoit plus les battements cardiaques du fœtus.

La rétention peut durer des mois, même des années, comme nous verrons des exemples dans les observations, que nous rapporterons.

Dans notre tableau la durée de la rétention est la suivante :

Nombre des obs.	Durée de la rétention.
—	—
1	à 6 semaines
3	3 mois
1	5 —
5	5-6 mois
2	8 —
2	8-10 —
2	1 an
2	1 an 1/2
4	2 ans
4	2 ans 1/2
1	3 ans
1	4 —
1	5 —
1	6 —
1	8 —
1	10 —
1	13 —
1	14 —
1	16 —
1	26 —

L'état général de la femme pendant la durée de la rétention est souvent assez satisfaisant, pour qu'elle puisse vaquer à ses occupations habituelles, elle oublie même les phénomènes anormaux, qu'elle a présenté, jusqu'au moment où les accidents surviennent (obs. IV).

Metcalfé rapporte un cas où la femme se mit à expulser les fragments osseux par le rectum après quarante-trois années de rétention et, dont la santé générale était excellente jusqu'au moment, où les accidents sont survenus.

Dans d'autres cas, la malade éprouve des douleurs légères et accuse une sensation de pesanteur dans le bas-ventre (obs. XXVI). Dans les cas plus graves, la malade souffre pendant toute la durée de la rétention : les douleurs abdominales sont plus violentes et augmentent après une fatigue ou un effort, elle peut même présenter des poussées de péritonite avec fièvre, qui l'obligent à s'aliter pendant un certain temps (obs. XXIX). Cet état dure jusqu'au moment où les nouveaux accidents éclatent.

3° Infection et suppuration du kyste avec issue de parties fœtales dans les organes voisins.

Après une rétention plus ou moins prolongée, le kyste fœtal, infecté sous l'influence d'une cause occasionnelle ou bien spontanément, vient s'ouvrir, nous l'avons déjà dit, dans les organes voisins ou à la paroi abdominale. Nous voyons alors éclater chez la femme des phénomènes d'une gravité particulière.

Quelle que soit la voie d'élimination spontanée, la suppuration par son abondance et par la résorption de matières putrides atteint rapidement l'état général de la femme.

En même temps nous aurons à étudier chez la malade, les symptômes particuliers à chacune des voies qui vont donner issue aux parties fœtales.

L'état général de la femme pendant l'élimination.

Comme toute infection d'un organe abdominal, la suppuration du kyste peut provoquer sur la séreuse des phénomènes de péritonite ou de septicémie, capables d'entraîner une issue fatale. Citons les cas de Poincaré, Jauvrin, Kope, rapportés dans la thèse de Deschamps.

Une élévation assez considérable de la température, des frissons, un pouls petit, filiforme, le ballonnement du ventre, accompagné de nausées, de vomissements, de constipation et surtout de douleurs violentes abdominales, viennent témoigner de la gravité de l'infection.

Ou bien on constate à côté des douleurs abdominales intenses, un amaigrissement notable, une élévation vespérale de la température, mais pas de frissons, la malade s'affaiblit graduellement, se cachectise peu à peu, présente parfois de l'œdème des membres inférieurs (obs. I) et même de l'anasarque (obs. III).

Dans d'autres cas (obs. II), la femme présente un état fébrile prononcé sans lésion apparente, qui dure quelques mois.

Parfois chez la femme, la fièvre s'allume brusquement pour la première fois depuis le début de la maladie, et s'élève progressivement à 39-40 avec frissons, ballonnement du ventre, vomissements, évacuations

alvines. Ensuite les évacuations alvines cessent, la fièvre tombe. La tumeur diminue de volume et se ramollit. La malade semble tout à fait bien jusqu'au moment où les coliques intestinales reprennent avec maximum d'intensité et elle se met à éliminer des parties fœtales (obs. III).

Dans d'autres cas encore, la femme est profondément débilitée et émaciée. Elle a de l'anorexie, des sueurs profuses, sa langue est recouverte d'un enduit saburral, sa figure étirée, mais elle conserve sa lucidité d'esprit (obs. XVIII).

La menstruation peut faire défaut quelques mois avant l'élimination (obs. IV) ou bien elle est remplacée par des pertes sanguines.

On observe fréquemment un écoulement purulent par les voies naturelles : par l'anus (obs. I), un mois avant l'élimination ; par le col utérin (obs. X).

Cet état a une durée variable de quelques heures à quelques mois, même de plusieurs années. Ensuite les symptômes se localisent suivant la voie d'élimination et on assiste à l'issue des parties fœtales.

Dans certains cas cependant, la femme ne présente durant cette période ni fièvre, ni aucun autre symptôme d'infection ; son état général reste même satisfaisant (obs. VII). Quelquefois, elle n'éprouve qu'une certaine pesanteur, une tension abdominale pénible ou quelques douleurs légères, qui précèdent l'élimination fœtale ou surviennent après un travail fatigant.

A l'examen physique, la palpation montre la diminution de volume et surtout le ramollissement de la

tumeur, qui laisse percevoir dans certains cas des parties fœtales ou même une crépitation osseuse.

Voyons maintenant les symptômes particuliers à chacune des voies d'élimination des parties fœtales, lesquelles sont par ordre de fréquence, le rectum, la paroi abdominale, le vagin, la vessie, et deux ou plusieurs voies simultanément ou successivement.

L'élimination par le rectum est la voie d'élimination, comme nous l'avons dit, la plus fréquente selon Parry, qui sur 248 cas d'élimination en trouve 65 où elle se fait par le rectum, tandis que Mattei sur 100 cas d'élimination en trouve 30 se faisant par le rectum et 38 par la paroi abdominale.

Nous avons recueilli nous-même 34 observations d'élimination par cette voie sur 54 rapportées dans notre travail, soit 60 %.

Maygrier, Deschamps, sont de même avis que Parry. Seuls, Mattei et Van Cauverberghe, ont vu l'ouverture du kyste plus fréquente à la paroi abdominale.

Un ou plusieurs orifices font communiquer le kyste avec le rectum ou l'S iliaque. L'élimination se fait après un temps variable de la rétention.

L'expulsion du fœtus peut être totale ou partielle. Le premier fait est exceptionnel, encore plus exceptionnel est l'expulsion d'un fœtus entier par les seuls efforts de la mère, mais elle est néanmoins possible, surtout quand le fœtus est mort pendant les premiers mois de la gestation. Maygrier dans sa thèse d'agrégation cite trois cas rapportés par Pigeolot (Bull. Acad. méd. Belg., t. XV, n° 1, 1879). Burchardt (Berlin. klin. Wochen,

1881, n° 47). Frisack (Norsk. Magaz. f. Lägewid, 1882, Bd XII, p. 267).

D'autre fois, on peut extraire *facilement* un fœtus *entier* (obs. IX), d'autre fois encore, on arrive bien à extraire la partie du corps fœtal macérée, qui se présente par l'anus, mais l'extirpation du reste de l'œuf, nécessite une laparotomie (obs. III).

Dans la majorité des cas, l'expulsion du fœtus se fait par fragments : os, débris musculaires. La malade, dont l'état général s'est aggravé depuis un certain temps, qui présente des symptômes d'infection décrits précédemment, est subitement prise de coliques intestinales, ou de douleurs lancinantes rectales, vaginales (obs. IV), de ténesme, d'envies fréquentes d'aller à la garde-robe avec des efforts douloureux.

Puis survient une diarrhée profuse sanguinolente avec expulsion de matières purulentes ou muco-purulentes, très fétides, ressemblant parfois à de la chaux délayée (obs. I). Ces phénomènes intestinaux et la diarrhée peuvent apparaître quelques semaines avant l'élimination des parties fœtales par le rectum. Dans certains cas, l'aspect clinique peut prendre le masque de la dysenterie (obs. VI) ; les selles sont alors glaireuses sanguinolentes, fréquentes et très douloureuses. La douleur atteint son paroxysme lors de l'expulsion des parties fœtales, os ou chairs macérées, que l'on peut retrouver facilement dans les matières.

On est souvent obligé d'aider l'élimination par l'extraction manuelle, surtout pour les os du crâne plus larges. Les cas, comme celui de Bubendorf, où l'issue de presque tous les os du fœtus se fait grâce aux seuls

efforts de la femme sont rares. La malade peut également présenter des troubles des organes voisins, vessie, vagin.

La durée d'élimination par le rectum, comme nous montre le tableau, peut être très prolongée, dix ans dans le cas de Sepibus, que nous relatons.

Le toucher rectal, au moment de l'élimination, conduit le plus souvent sur le corps étranger, qu'on reconnaît après extraction pour les parties fœtales. On peut conduire le doigt jusque dans l'orifice, s'il n'est pas situé trop haut et de là dans une cavité, habituellement anfractueuse, renfermant des corps étrangers, qui ne donnent nullement la sensation d'un corps fœtal. Les parois de cette cavité peuvent être caséifiées ou calcifiées (obs. XIII).

Elimination par la bouche. — Le rectum est sans doute la seule portion du tube digestif capable de donner issue aux parties fœtales. Cependant Stoltz, dans le « Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie », relate une observation apocryphe peut-être, mais intéressante, d'élimination du fœtus par la bouche.

La voici : une jeune femme, âgée de 18 ans, espagnole, Maria de la Cruse, dans le cours d'une fièvre jaune arrivée à la seconde période fut prise d'un *vomissement* dans laquelle elle rendit avec beaucoup de difficultés un corps étranger, que l'on reconnut bientôt pour être un fœtus bien développé de quatre semaines. Quelques instants après, elle rendit de la même façon le placenta.

A l'autopsie, on trouva entre le vagin et l'utérus, augmenté de volume, une cavité anormale, communiquant

avec l'intestin par une ouverture de quatre pouces de diamètre.

Comme fait, qu'on rencontre encore exceptionnellement, Parry cite le cas de Darby.

Dans ce cas, l'estomac se vidait dans le kyste, qui d'autre part s'était ouvert à la partie abdominale. Mais ces faits sont tellement exceptionnels que Parry et Maygrier disent ne pouvoir leur accorder aucune créance.

Elimination par la paroi abdominale.

Fréquence :

Parry sur	248	cas observés	trouve	40 ou 16,12 %
Mattei	100	—	—	38 ou 38 %
V. Cauverberghe	180	—	—	53 ou 29 %
Nous-même	54	—	—	5 ou 10 %

L'état général de la femme est aussi alarmant que lors de l'élimination par les voies naturelles, parce qu'elle présente les mêmes signes d'infection, comme dans tous les cas de suppuration.

L'ouverture se fait au niveau de l'ombilic, ou sur la ligne blanche. On voit alors une saillie se former à ce niveau, la peau rougit et enfin s'ulcère, comme pour un simple abcès. L'orifice laisse échapper un liquide d'abord citrin, qui devient ensuite purulent et dont la quantité augmente par les efforts de la femme ou pendant la toux.

Cet orifice peut s'élargir spontanément pour favoriser l'issue de parties fœtales macérées, mais plus souvent le chirurgien est obligé pour faciliter leur extraction d'élargir l'orifice par les incisions verticales. L'extraction est faite parfois par la malade qui retire elle-même par l'orifice des os, en les saisissant par leur

partie libre (obs. de Windroff, citée dans la thèse de Deschamps). Dans d'autres cas (obs. XVIII), on voit apparaître sur la ligne blanche plusieurs bosselures, qui s'ouvrent spontanément par des orifices bientôt réunis et formant ainsi une seule ouverture assez large pour permettre l'issue des parties fœtales même les plus volumineuses.

Le ventre est, dans ce cas, plus développé que quand l'élimination se fait par les voies naturelles. La tumeur siège plus haut au-dessus de l'ombilic. Elle est plus souvent bosselée et permet plus facilement de percevoir les parties fœtales et de sentir la crépitation osseuse.

Elimination par le vagin. – Comme fréquence Parry trouve pour l'élimination par cette voie sur 248 cas observés, 12 fois. Nous-même, 6 fois sur 54 cas. On voit qu'elle est beaucoup moins fréquente que dans les terminaisons précédentes. A côté des symptômes généraux, décrits plus haut, on constate par le vagin un écoulement purulent, fétide, quelquefois sanguinolent, dans laquelle on trouve des os et des débris fœtaux. Dans d'autres cas, à cet écoulement s'associent des troubles vésicaux et rectaux (obs. XXI).

Par le toucher vaginal, on sent les fragments osseux. Le fœtus peut avoir été éliminé en totalité (obs. de Lusk).

Dans sa thèse, Maygrier cite un cas singulier de Schmitt (Memorabilien 1874, Anal. des Rev. des Sc. med., 1876, t. XIII), « dans lequel un mois après le terme de la grossesse et la mort du fœtus, la femme fut prise de douleurs d'expulsion. Pendant l'examen, une ampoule fortement tendue, qui proéminait dans le vagin,

se rompit, et il s'écoula au dehors un liquide fétide ; en même temps le bras droit descendit dans le vagin. La version tentée fut absolument impossible ; la femme succomba en quelques heures ; à l'autopsie, on trouva un fœtus extra-utérin fortement enclavé dans le bassin et se présentant par l'épaule droite ; une longue fissure intéressait le vagin et le péritoine.

« Dans ce fait, ajoute Maygrier, l'expulsion par le vagin ne put avoir lieu à cause de l'obstacle apporté par la présentation de l'épaule. Si la femme avait survécu, il est probable que le fœtus aurait été éliminé partiellement par l'ouverture vaginale ou qu'on aurait pu en faire l'extraction en le morcelant.

L'élimination par l'utérus est un fait excessivement rare à cause de la résistance du tissu utérin, mais néanmoins possible. Citons le cas de Galabin (Obst. Trans. 1876, v. XVIII, p. 82), rapporté par Maygrier : une femme ayant dépassé de deux mois le terme de sa grossesse, présenta par le vagin un écoulement brunâtre et fétide ; on dilata l'orifice du col et on trouva une présentation très élevée du siège ; l'expulsion eut lieu spontanément, mais malgré les lavages intra-utérins, la femme succomba peu après. A l'autopsie, on constata qu'une ouverture arrondie faisait communiquer l'utérus avec un kyste extra-utérin, dont la paroi était en partie gangrenée et dans l'intérieur duquel adhérait le placenta.

Cependant les kystes tubaires dans les grossesses extra-utérines interstitielles peuvent se vider dans la cavité utérine par l'ostium uterinum de la trompe et

présenter nne gravité beaucoup moins grande que dans les cas précédents.

Dans ce cas, le fœtus peut être expulsé en totalité ou par fragments (obs. XXIV). La femme présente alors des métrorragies profuses, accompagnées de douleurs intenses et dans les caillots on trouve des parties fœtales.

Elimination par la vessie. — Fréquence : Parry trouve sur 248 cas 9 fois cette terminaison. Maygrier considère cette terminaison, d'après les statistiques anciennes, comme une rareté, mais comme nous avons trouvé sur 54 cas observés 4 fois, il nous paraît qu'en réalité cette terminaison est aussi fréquente que l'élimination par les autres voies (exception faite pour le rectum). Winckel (1890) en rapporte 12 cas.

Elle est annoncée le plus souvent par de l'incontinence ou de la rétention des urines, une sensation de tension dans le bas-ventre, du ténesme vésical, envies fréquentes d'uriner. Les mictions sont excessivement douloureuses surtout quand des os fœtaux au cours de leur élimination s'engagent dans l'urèthre. Les urines deviennent tout d'abord troubles, sanguinolentes, puis franchement purulentes fétides « comme une soupe à la farine », suivant le mot de la malade de l'observation de Stelltner (obs. XXVI). Les sédiments renferment des débris brunâtres. A côté de ces phénomènes vésicaux la malade peut présenter des troubles du côté du rectum ; douleurs pendant la défécation, selles glaireuses (obs. XXVIII).

A la palpation on peut quelquefois à côté de la tumeur fœtale, délimiter la vessie surtout quand elle est

pleine, dans le cas par exemple de la rétention d'urine. Si l'utérus est hypertrophié on se trouve en présence de *trois tumeurs*, suivant l'expression de M. Pinard. La vessie est douloureuse à la pression et par le cathétérisme explorateur on y constate la présence de corps durs, rappelant des calculs. Nous avons en somme tous les signes des calculs vésicaux et le diagnostic dans un certain nombre de cas ne s'affirme que par l'issue au lieu d'un calcul d'un os fœtal. Les os fœtaux sont très souvent recouverts par des dépôts calcaires, ou bien par une enveloppe brunâtre (obs. XXVII).

Ce qui frappe à la lecture des observations d'élimination par cette voie, que nous avons recueillies, c'est que l'expulsion des os par l'urèthre se fait après une rétention quelquefois très longue ; après un an (Heggard, obs. XXV) ; après 6 ans (Winckel, obs. XXVIII) ; après 10 ans (Stelltner, obs. XXVI), tandis que la durée d'élimination est relativement courte, en plusieurs reprises, à moins qu'un os vienne s'enclaver dans l'urèthre et oblige alors à l'intervention.

Les fragments osseux, des lambeaux sphacélés peuvent être expulsés spontanément grâce à la dilatabilité particulière de l'urèthre et son peu d'étendue chez la femme.

Souvent, il faut favoriser l'issue des parties fœtales par la dilatation digitale ou instrumentale de l'urèthre.

Elimination par des voies multiples. — Le kyste fœtal peut encore s'ouvrir à la fois dans plusieurs organes voisins, ou dans un organe et à la paroi abdominale.

Citons le cas de Haym et Giradeau (obs. XXIX), où

l'élimination se fait par la vessie et le rectum ; le cas de Leslie Dewers (obs. XXX) où l'élimination se fait par le vagin et l'intestin, ces deux cas sont rapportés dans nos observations. On constate alors cliniquement les symptômes combinés de l'élimination par chacune des voies, qui doivent donner passage aux parties fœtales. L'issue de débris fœtaux par deux ou plusieurs voies est un fait exceptionnel. Plus souvent cette issue se fait par une seule voie, tandis que l'autre laisse seulement écouler un liquide purulent; il faut encore admettre que l'autre fistule n'est quelquefois que passagère (obs. I).

Ce mode d'élimination donne lieu à certaines complications intéressantes, que nous étudierons plus loin.

L'élimination peut encore se faire par les *voies extraordinaires* ainsi qu'en relate un cas dans sa thèse Vernedal (« De la conduite à tenir dans les cas de rétention prolongée des fœtus extra-utérins », thèse de Paris, 1905), et que nous rapporterons plus loin. L'élimination se fait dans ce cas après ouverture de quatre abcès, qui se forment aux fesses, périnée et bas-ventre et qui donnent issue aux parties fœtales. Mais c'est là un fait tellement exceptionnel, qu'il n'y a pas lieu d'en faire une description spéciale.

CHAPITRE III

COMPLICATIONS DE L'ÉLIMINATION SPONTANÉE

A l'examen du tableau, placé à la fin de notre thèse, on est frappé par les différentes complications qui surviennent au cours de l'élimination spontanée ou après, en aggravant notablement le pronostic.

Pour faciliter notre rapide étude de ces complications, nous essayerons de parler tout d'abord de celles qui surviennent au moment du travail d'élimination et ensuite de celles qui surviennent l'élimination une fois terminée, c'est-à-dire des complications tardives.

1° Complications survenant au moment du travail :

a) *Enclavement* de parties fœtales dans leur passage par les voies d'issue. Ces parties fœtales sont le plus souvent des os trop grands (os du crâne) pour pouvoir traverser l'orifice de passage même après sa dilatation préalable. Cette complication a quelquefois des consé-

quences tellement graves qu'on est obligé d'intervenir chirurgicalement le plus tôt possible : en cas par exemple d'occlusion intestinale si l'os obstrue l'intestin ; en cas de rétention d'urine si l'os s'enclave dans l'urèthre. Parfois les moyens simples comme l'extraction instrumentale sans ou sous chloroforme, ou bien le broiement des os, qu'on pratique fréquemment surtout quand ils sont enclavés dans l'urèthre, suffisent pour débarrasser la femme de ces corps étrangers ; d'autre fois au contraire il faut recourir à une opération : laparotomie si l'os est situé très haut dans le rectum ; incision de la paroi recto-vaginale ou vésico-vaginale, si l'os est enclavé dans l'urèthre.

b) Dans les cas où le fœtus se présente en totalité, on arrive à extraire la partie macérée qui se présente, tandis que l'autre partie reste dans le sac fœtal, et nécessite une laparotomie (obs. III).

c) Rupture de la poche fœtale au cours de l'élimination. C'est une complication très fâcheuse, parce qu'elle provoque presque toujours fatalement la péritonite aiguë et amène la mort de la femme (obs. II).

2° *Complications tardives :*

Fistules. — *a*) Persistance de fistules, qui donnent passage aux parties fœtales. Cette complication survient rarement, car le plus souvent ces fistules guérissent aussitôt l'élimination finie. Leur guérison est plus rapide pour la paroi abdominale que pour les voies naturelles, mais elles peuvent aussi dans certains cas persister plus longtemps, surtout quand une infection ou une complication quelconque vient empêcher leur guérison.

Deschamps dans sa thèse rapporte une observation (de Ziembicki) très curieuse, survenue à la suite de la persistance d'une fistule qui faisait communiquer le rectum avec le kyste fœtal. Le kyste se trouvait alors placé de telle façon, qu'une fois la communication établie, il constituait une sorte de diverticule de l'intestin, dans lequel pouvaient passer et séjourner les matières fécales. Cette complication est tout à fait exceptionnelle.

b) Fistules faisant communiquer les organes voisins entre eux ou bien un organe d'une part et la paroi abdominale d'autre part. Elles surviennent quand le kyste fœtal s'ouvre en même temps dans deux ou plusieurs organes.

C'est ainsi par exemple que nous pouvons avoir des fistules intestinales, faisant communiquer le kyste d'une part avec l'intestin et d'autre part avec la paroi abdominale (obs. XX) et qui se traduisent par une issue de matières fécales à travers l'orifice abdominal.

Les fistules intestino-vaginales se rencontrent dans un certain nombre de cas. Elles peuvent être passagères, comme dans le cas de M. Eury (obs. I) où il y avait communication entre le vagin, la poche fœtale et le rectum. Cette communication persista pendant un jour, puis la fistule se ferma, ensuite elle s'ouvrit à nouveau pendant deux jours, pour se refermer définitivement.

Les fistules vésico-vaginales s'observent encore plus fréquemment, parce que dans les cas d'élimination par l'urèthre, on est amené plus souvent, pour faciliter l'extraction des parties fœtales, à faire des incisions de la paroi vésico-vaginale et même parfois à créer des

fistules vésico-vaginales artificielles, pour faciliter le drainage (obs. XXV).

Maygrier dans sa thèse d'agrégation cite le cas de Symond, où la malade a conservé une fistule utéro-vaginale.

Dans son intéressant travail sur l'anus iléo-vaginal, M. I.-H. Petit étudie les cas où les fistules font une communication large entre les organes voisins par l'intermédiaire du kyste et le contenu de l'un passe à travers le kyste dans l'autre. Ici nous trouvons la curieuse observation de Colman, que nous rapportons plus loin, dans laquelle le kyste fœtal s'ouvre dans le vagin, tandis que l'intestin s'ouvre dans le kyste, qui se remplit de matières fécales. Il s'établit alors une fistule *intestino-kysto-vaginale,* qui permet l'issue de matières fécales par le vagin. Dans cette observation la femme guérit de sa complication, cependant cette dernière peut provoquer la mort de la malade.

Dans le même ouvrage nous trouvons une autre observation de Müller, qui se termine par une issue fatale de la malade. Ici l'élimination du fœtus n'est pas spontanée, mais la fistule intestino-kysto-vaginale s'établit après l'ouverture du cul-de-sac postérieur, par où on retire le contenu du kyste ; la femme meurt par épuisement.

Passons à présent aux complications propres à chaque voie d'élimination :

Rectum. — On comprend facilement que le passage des os tranchants puisse provoquer non seulement des ulcérations de la muqueuse intestinale, mais encore des lésions beaucoup plus profondes ; cliniquement

la malade présente des selles sanguinolentes et même des entérorragies (obs. XII).

On remarque encore dans certains cas des excoriations autour de l'anus (obs. VI) et des fistules périanales (obs. de Benham). Le plus souvent ces lésions guérissent spontanément (si une infection secondaire ne survient pas) sans laisser de traces qui puissent nuire à la santé de la femme. Dans d'autre cas cependant leur guérison entraîne des conséquences dangereuses. En effet, le travail cicatriciel qui se produit, associé à l'inflammation du tissu environnant peut provoquer un *rétrécissement du rectum* (obs. de Benham), avec phénomènes graves d'occlusion intestinale qui nécessitent une intervention chirurgicale immédiate, comme la colotomie (obs. de Benham).

Vessie. — La compression de l'urèthre par un os donne parfois une hydronéphrose avec toutes ses conséquences. Cette hydronéphrose peut être passagère (obs. XXVI), peut aussi persister, et se compliquer et nécessiter des interventions chirurgicales.

Paroi abdominale. — Dans l'observation de Bouzol, on trouve une curieuse complication, qui se produit après l'élimination de parties fœtales par l'orifice abdominal. C'est l'étranglement interne d'une anse intestinale, qui passe à travers l'orifice. La femme présente tous les signes d'occlusion intestinale et on est obligé d'intervenir en établissant un anus contre nature.

Résumé des complications et des interventions chirurgicales

1° *Rectum.* — Sur 34 cas, nous avons :

Interventions chirurgicales

3 cas — laparotomie
4 — opérations diverses
1 — colotomie
6 — extractions manuelles
2 — extractions instrumentales
1 — extraction sous chloroforme
Cas mortels : 4, soit 12-13 %.

Complications

1 cas — fistule kysto-vaginale
1 — excoriations autour de l'anus
1 — rupture de la poche fœtale
1 — persistance d'une fistule intestinale
1 — fistules périanales. Rétrécissement du rectum

2° *Paroi abdominale.* — Sur 5 cas :

Opérations

1 cas — anus contre nature
1 — laparotomie
2 — gastrotomie
1 — extraction des parties fœtales

Complications

1 cas — étranglement d'une anse qui passe à travers l'orifice
1 — fistule intestinale
Cas mortels : 0.

3° *Vagin.* — Sur 6 cas :

Opérations

1 cas — extraction
1 — extraction sous chloroforme

Complications

1 — fistule intestino-kysto-vaginale
Cas mortels : 1, soit 15-16 %.

4° *Vessie.* — Sur 4 cas :

Opérations

2 cas — dilatation de l'urèthre
1 — incision de la paroi vésico-vaginale et établissement d'une fistule vésico-vaginale
1 — opération

Complications

1 — enclavement des os dans l'urèthre
1 — hydronéphrose
Cas mortels : 0.

5° *Voies multiples.* — Complications et cas mortels : 0.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC DE L'ÉLIMINATION SPONTANÉE

En lisant le chapitre précédent, où nous passons en revue les complications pouvant survenir au cours ou bien après le travail d'élimination, on voit combien le pronostic doit être réservé, même si on se trouve en présence d'une malade, chez laquelle tout semble d'abord bien marcher et dont la santé générale n'est pas trop compromise.

Sur nos 55 cas recueillis, nous avons 8 cas où ces complications surviennent, soit 17 %. Parmi ces 8 cas, nous avons 4 cas où l'intervention chirurgicale est nécessaire pour sauver la femme et 1 cas mortel. Sans insister davantage sur les complications, voyons ce qui se passe dans les cas où elles ne surviennent pas. Sur nos 55 observations nous trouvons 2 fois la mort par « *cachexie* », deux fois par « *épuisement* », soit 7 %.

Nombre d'obs.	Durée d'élimination.
—	—
1	2 jours
2	quelques jours
1	2 semaines
2	2-3 —
1	3 —
1	6 —
1	2 mois
1	3 —
1	4 —
1	5 —
4	6 —
1	9 mois 1/2
1	10 —
1	1 an
2	1 an 1/2
1	10 ans
1	10 ans 8 mois

En effet, la longue durée de l'élimination, qui dans certains cas se prolonge des années (10 ans dans le cas de Sepibus), surtout chez les femmes dont la santé était déjà dans la plupart des cas compromise par la longue durée de la rétention, les troubles que cette élimination occasionne, les poussées de péritonite avec douleurs vives, frissons, fièvre, etc., que nous avons étudiés dans notre second chapitre sont capables d'amener la femme à une cachexie telle, qu'elle finit par succomber.

Notre statistique porte sur un nombre trop restreint d'observations pour en tirer un pronostic pour chaque

cas particulier. De celles de différents auteurs connus (Parry, Mattei, Puech), qui se sont occupés du même sujet découlent des conclusions très différentes et comme dit Maygrier : « Il est évident que ces divergences doivent provenir de conditions différentes dans lesquelles les malades se trouvaient placées et du traitement qui a été suivi ». Malheureusement, ces conditions ne sont pas indiquées dans la plupart des statistiques. On ne trouve que des chiffres pris en bloc, dont on ne peut tirer des conclusions absolues ».

Cependant, il suffira de parcourir le tableau ci-dessous, emprunté à la thèse de Deschamps pour avoir une idée des cas mortels, observés par les principaux auteurs, dans les différentes voies d'élimination.

Par l'intestin :

Mattei,	sur 30	cas observés	trouve	19	cas mort.,	61,29 %
Puech,	69	—	—	24	—	38,78 %
Parry,	65	—	—	24	—	34,78 %
Deschamps,	19	—	—	8	—	43,10 %

Par le vagin :

Mattei,	7	—	—	2	—	28,57 %
Puech,	23	—	—	5	—	21,73 %
Parry,	12	—	—	2	—	41,66 %
Deschamps,	3	—	—	1	—	33 %

Par la vessie :

Mattei,	8	—	—	2	—	25 %
Puech,	17	—	—	3	—	17,64 %
Parry,	9	—	—	5	—	55,55 %
Deschamps,	2	—	—	0	—	0

Par la paroi abdominale :

Mattei, sur 21 cas observés trouve 1 cas mort., 4,76 %
Puech, 28 — — 4 — 14,27 %
Parry, 40 — — 10 — 25 %
Deschamps, 5 — — 0 — 0

Nous-même, nous avons trouvé sur 28 cas, que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale :

Pour l'intestin :

19 cas, 1 cas mortel, soit à peu près 3,5 %.

Pour le vagin :

2 cas, 1 cas mortel, soit à peu près 50 %.

Pour la vessie :

4 cas, aucun cas mortel.

Pour la paroi abdominale :

2 cas, aucun cas mortel.

Il en résulte que la voie d'élimination la plus favorable pour la femme, c'est la paroi abdominale. En effet, dans ce mode de terminaison, les infections générales sont réduites au minimum parce que le kyste ne communique pas avec les viscères, l'antisepsie de la plaie et de la poche kystique est plus facile à réaliser.

La voie la moins favorable pour nous c'est *la vessie*. Si nous n'avons pas sur nos 4 cas observés de cas mortels, c'est grâce aux interventions précoces (dans deux cas : extraction du fœtus après une dilatation préalable de l'urètre ; 1 cas : incision de la cloison vésico-vaginale ; 1 cas : opération). Mais si nous jugeons d'après le tableau, c'est la voie intestinale pour les uns, le vagin pour les autres, la vessie pour Parry.

Pour nous, la vessie est la voie la moins favorable, parce que l'urètre, malgré sa dilatabilité, est trop étroit

pour laisser passer des os aussi grands que ceux du fœtus (surtout quand celui-ci est à terme) et des parties charnues épaisses. On est dans ces cas plus que dans les autres, obligé d'avoir recours aux interventions chirurgicales. Le broiement des os enclavés, comme dans le cas des calculs, est d'usage courant.

Si même la femme échappe à la mort, combien de fois sa santé reste compromise pour un temps plus ou moins long. Deschamps cite le cas de Thomas, où la santé de la femme resta compromise pendant des années.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Nous ne parlerons que du traitement au moment de l'élimination, nous n'insisterons pas sur la technique opératoire des interventions chirurgicales, qu'on trouvera dans les traités spéciaux. Nous voulons seulement indiquer rapidement la conduite à tenir dans le cas où l'élimination se produit. Dans ce cas notre but doit être d'une part de diminuer les souffrances de la femme et d'autre part de favoriser l'issue des parties fœtales par les voies naturelles ou au travers de la paroi abdominale.

On aura recours au traitement médical pour atteindre le premier but, surtout au traitement symptomatique. Contre la fièvre, on administrera des antipyrétiques : quinine, balnéation ; pour calmer les douleurs, on ordonnera des narcotiques, surtout les injections de morphine ; pour soutenir les forces de la malade, on conseillera les toniques.

Pour atteindre le deuxième but, c'est-à-dire favoriser l'issue des parties fœtales, on fera leur extraction manuelle dans les cas où elle est réalisable.

Dans les cas où l'orifice est trop petit pour laisser passer les parties fœtales, il suffira, si l'issue se produit par les orifices naturels, de dilater ces derniers ; si elle se fait par la voie abdominale, d'agrandir l'orifice abdominal de sortie à l'aide de petites incisions pratiquées aux ciseaux dans son pourtour.

Si ces moyens ne suffisent pas, on aura recours à l'extraction instrumentale, quelquefois sous chloroforme ; au broiement des os, s'ils sont beaucoup trop grands pour traverser l'orifice. Après chaque extraction, on fera des lavages antiseptiques de la poche fœtale et de la plaie.

Intervention chirurgicale. — Nous ne parlerons plus des interventions chirurgicales que nécessitent les complications, car nous les avons déjà indiquées précédemment d'une façon rapide. Mais chaque fois que l'état de la malade est grave, si l'extraction de parties fœtales n'est pas possible avec les interventions énumérées plus haut, on aura recours à la laparotomie, qui permet de sauver un grand nombre de malades.

Si l'élimination se fait par l'urètre, on aura plus d'avantages à faire dans quelques cas l'incision de la paroi vésico-vaginale.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

La voie rectale

OBSERVATION

M. Fruhinsholz, au nom du Dr Eury (à Charmes)

Présentation d'un squelette de fœtus ectopin au voisinage du terme expulsé par voie rectale

Le Dr Eury m'ayant prié de vous donner communication d'une observation de grossesse extra-utérine, je le fais d'autant plus volontiers, que sa relation très précise et très intéressante vous donne l'histoire complète d'une gestation ectopique développée jusqu'au voisinage du terme marquée par les phénomènes cliniques caractéristiques du *faux travail* et aboutissant à l'élimination, os par os, échelonnée sur une durée de deux mois, de tout un petit squelette fœtal, à travers l'anus.

J. L..., femme B..., 32 ans, mariée; tempérament très robuste ; a eu 2 enfants et une fausse couche ; ses règles ont toujours été régulières, sauf pendant ses grossesses ; elles se sont supprimées vers mars 1899. En avril elle était malade ; elle a eu des pertes peu abondantes pendant trois mois et notamment pendant 28 jours de suite.

Le 25 novembre 1889, j'ai été appelé en consultation ; cette femme souffrait du ventre, qui était gros, distendu ; elle se croyait sur le point d'accoucher ; il n'y avait pas de douleurs de pression ni de poche des eaux rompue, il était question d'une application de forceps.

Je n'ai pas entendu de bruits fœtaux ; au toucher le doigt arrivait péniblement très haut, sur une surface arrondie, lisse, donnant la sensation d'une tête fœtale. A un certain moment j'ai cru sentir le col difficilement accessible en haut et à gauche. Je conclus à une grossesse extra-utérine et je déclarais qu'il n'y avait pas lieu de faire une application de forceps.

Je ne revis plus la malade.

Le 6 mai 1892, c'est-à-dire 2 ans et 6 mois après, elle entrait à l'hospice de Charmes, âgée alors de 35 ans.

Je trouvai une femme très amaigrie, émaciée, en proie à une fièvre intense, ayant des frissons répétés, de l'œdème dur des deux jambes ; le ventre modérément gros, peu sensible à la palpation. Elle me raconta que les douleurs d'accouchement s'étaient calmées peu après ma visite de novembre 1889, que ses règles étaient revenues en février 1890, c'est-à-dire trois mois après ; et qu'elles avaient continué jusqu'à il y a deux mois.

Elle avait toujours souffert du ventre, les douleurs étaient devenues plus fortes ; à partir de janvier 1891 elle avait été forcée de s'aliter, avec une fièvre très forte tous les soirs, mais pas de frissons. Cette femme n'avait plus vu de médecin depuis longtemps ; elle était soignée par une sœur garde-malade ; pour calmer la douleur et faire disparaître l'enflure, on avait appliqué

un mota sur le ventre et pansé avec du coton hydrophile que l'on bourrait dans la plaie, celle-ci à l'entrée à l'hospice était ronde, du diamètre d'une pièce de 1 franc, à fond rouge, lisse, luisant ; on voyait au fond les fibres du muscle grand-droit, la malade croit qu'un tampon avait disparu dans le ventre. Il s'était produit, vers le 1er mai 1892, un abcès de la région cutanée ventrale.

Un mois avant son entrée, c'est-à-dire vers le 5 avril 1892, la femme B... avait commencé à perdre du pus fétide par le vagin ; elle avait des douleurs en allant à la selle ; elle mettait bas une substance ressemblant à de la chaux délayée.

Le dimanche 8 mai 1892, la sœur est venue me chercher à midi disant que la malade rendait un os par l'anus.

Je trouvai un tibia fœtal recouvert de chairs macérées et putréfiées sortant par l'orifice anal ; je tirai dessus et l'extirpai. Au toucher rectal, je sentais des os et des chairs ; une irrigation ne donna aucun résultat.

A l'aide du spéculum, je découvris au fond du vagin, sur la paroi postérieure, une fistule donnant passage à un liquide blanchâtre, grumeleux ressemblant à de la chaux diluée extrêmement fétide.

J'introduisis une sonde dans cette fistule, et poussai doucement une injection, la malade accusa une sensation de plénitude dans l'intestin, un besoin d'aller à la selle, et rendit par l'anus le liquide de l'injection.

Il y avait donc communication entre le vagin, la poche fœtale et le rectum.

Le 9 mai, le lendemain je ne retrouvai plus la fistule vaginale, les irrigations rectales ne donnèrent aucun résultat.

Le 11 mai, je pus extirper, toujours par l'anus, à l'aide d'une pince appropriée, un os coxal, des côtes, et un fémur.

La femme souffrait beaucoup du ventre et avait de la fièvre.

Le 12 mai, pouls 96, température 38°.

Le 16 mai, pouls 96, température 38°, une côte.

Le 18 mai, 5 côtes.

Le 20 mai, 5 côtes, une vertèbre, un cartilage épiphysaire.

Le 22 mai, une côte et un cartilage.

Le 30 mai, l'humérus gauche, des chairs macérées et putréfiées.

La malade a des douleurs que l'on calme avec des injections de morphine ; quelques crachements de sang.

Le 3 juin, douleurs au fondement et aux reins ; l'œdème de la jambe droite, qui avait disparu peu après l'entrée de la malade, reparaît.

Le 13 juin, selles abondantes, un péroné, un pied entier, des vertèbres, des cheveux et un tampon de coton qui serait sans doute celui qui aurait disparu à travers la fistule déterminée par le cautère.

Le 15 juin, la malade a depuis 10 jours 38°, des grandes douleurs, des épreintes, du ténesme, une grande faiblesse ; il lui faut des piqûres de morphine fréquentes.

Le 23 juin. un frontal.

Le 25 juin, un frontal, adynamie très grande, température élevée.

Le 27 juin, écoulement du pus par le vagin, ce qui ne s'était pas reproduit depuis longtemps, la petite fistule s'est rouverte.

Le 29 juin, une boulette de chaux, 11 côtes, des chairs putréfiées, du coton, des cheveux.

Souffrances continuelles, piqûres très fréquentes.

Le 30 juin, la malade a rendu 58 os.

L'extirpation des frontaux, celle des pariétaux et des temporaux à bords coupants a été très pénible et douloureuse, les lavages rectaux. L'œdème de la jambe droite a disparu et elle a pu quitter l'hospice et reprendre ses occupations.

Elle est morte d'une affection cardiaque le 15 juillet 1900, c'est-à-dire 10 ans et 6 mois 1/2 après l'époque où se sont manifestés les signes de l'accouchement et 8 ans après la sortie des os du fœtus.

Le squelette, éliminé par le rectum (observation I).

Les os du fœtus recueillis minutieusement pièce par pièce par notre confrère, constituent ce petit squelette ; il peut être considéré comme à peu près complet et se rapportant, en effet, à un fœtus avoisinant le terme de la gestation, ainsi qu'en témoignent les mensurations suivantes :

Longueur du fémur. . .	69	millimètres.
— du tibia . . .	59	—
— de l'humérus	58	—
— du cubitus. .	55	—

OBSERVATION II

C. De Sépibus (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, Genève 1896)

Grossesse extra-utérine. Accouchement par le rectum qui a duré 10 ans et 8 mois

Au commencement de mai 1884, on m'appelle à M..., près Sierre, chez Mme X..., âgée de 28 ans, multipare.

Depuis trois mois cette femme n'avait pas eu ses règles ; elle avait des vomissements, de l'inappétence et un malaise général.

Ne pouvant pas constater les symptômes précis d'une maladie, je déclarai à Mme X... qu'elle était enceinte et je lui prescrivis un calmant pour ses troubles gastriques. En juillet je la revis et je constatai par la palpation une grossesse assez avancée. Elle souffrait toujours des mêmes malaises. Je lui fis remarquer qu'elle avait une mauvaise grossesse.

Au commencement de septembre, je fus de nouveau appelé près d'elle. Ma surprise fut grande en palpant le ventre, plus de tumeur abdominale, ni d'utérus gravide. Je supposais que cette femme avait avorté, mais elle affirmait n'avoir eu aucune perte par les parties génitales et qu'aucun objet n'y avait passé. La trouvant ce jour-là, dans un état fébrile assez prononcé, je crus avoir à faire à une affection puerpérale et je lui instituai un trai-

tement *ad hoc*. Cet état fébrile persista pendant les mois d'octobre, novembre et décembre 1884, puis je perdis la malade de vue.

En novembre 1886, à peu près deux ans et demi après ma première visite, Mme X... me fit appeler de nouveau et elle me présenta quelques os de fœtus, qu'elle avait rendu par le rectum. J'eus alors la conviction que j'avais eu à faire à une grossesse extra-utérine, dont le kyste s'était rompu en septembre 1884.

Je conseillai à Mme X... d'aller se faire traiter dans un hôpital, ce qu'elle refusa. Elle resta chez elle sans traitement depuis cette époque jusqu'à la fin de décembre 1891, époque à laquelle elle rendit par le rectum le dernier os.

La sortie des parties osseuses du fœtus était généralement accompagnée de douleurs et parfois de sang. Nous pouvons supposer que les parties aiguës des os lésaient la surface interne du rectum. La plus grande partie des os furent perdus. Nous avons pu recueillir six fragments du crâne, un os iliaque, deux tibias, un fémur, un olécrâne, un radius et une côte.

Après l'accouchement du dernier os (31 décembre 1891), Mme X... se rétablit assez promptement. Elle put reprendre ses occupations et fut de nouveau normalement réglée.

Le 3 janvier 1895, je fus de nouveau appelé auprès d'elle pour deux pertes survenues dans la nuit. Parmi les caillots rendus par le rectum et non par le vagin, on a trouvé encore un os du crâne, Mme X... avait de la fièvre, des douleurs intestinales, des vomissements, des douleurs de ventre. Nous portons le diagnostic de péritonite aiguë produite par rupture d'un résidu de l'ancienne poche.

Le 4 janvier, l'état de la malade s'aggrave, elle délire fortement, n'a plus de connaissance et le 5 elle meurt dans le coma.

OBSERVATION III

BOCKENHEIMER *(Berlin. Klin. Wochensch. 1910)*

Un cas de grossesse extra-utérine, perforation du kyste dans le gros intestin. Opération suivie de guérison

Une femme âgée de 32 ans, expulse de petits os par le rectum depuis quelques jours et éprouve des douleurs à la partie inférieure de l'abdomen et surtout au niveau de l'anus.

Au toucher rectal on trouve un os enclavé dans le rectum. La femme entre en clinique et après une dilatation préalable des sphincters, on extrait avec difficultés quelques os par l'anus.

Un examen plus attentif montre que plusieurs petits os se trouvent encore dans une cavité située entre l'intestin et l'utérus, dans le cul-de-sac de Douglas. Après des lavages répétés avec de l'eau salée chaude, on extrait de cette cavité une grande quantité d'os, de chairs nécrosées et de caillots de sang. La malade ne présentait pas de fièvre pendant toute la durée d'élimination. La guérison est complète après trois semaines.

Fœtus âgé de sept mois. L'élimination des parties fœtales après cinq ans de rétention.

OBSERVATION III *bis*

Dr DARAIGNES (de Mont-de-Marsan) *Gaz. hebd. des Sc. médic. de Bordeaux*, 1910 *(La première partie abrégée)*

Grossesse extra-utérine. Evacuation partielle par le rectum. Laparotomie. Guérison.

Femme B..., âgée de 37 ans, a eu, il y a quinze ans, un accouchement normal à terme. En décembre 1907, sans cause apparente, elle ressent des douleurs dans le côté droit de l'abdomen, qui coïncident avec la constipation et augmentent après une

fatigue ou un effort. Le mois de janvier et février elle est réglée normalement, pas d'écoulements anormaux.

Le 15 février elle commence à souffrir du ventre, qui se ballonne, la douleur est intense, le pouls filiforme et fréquent, la température 35° 5, les vomissements surviennent. Elle présente de la diarrhée fétide, alternant avec la constipation. Les urines sont rares sans albumine.

Constipation, pollakiurie d'origine mécanique.

Toucher vaginal : col abaissé, de consistance habituelle, une masse dure remplit les culs-de-sac.

Toucher rectal : une grosse masse dure bombe dans le rectum, effaçant l'ampoule.

Dans les premiers jours de mars, les symptômes péritonéaux s'atténuent ; la température s'élève à 37°.

Toucher vaginal : la masse dure semble se prolonger dans l'épaisseur du ligament large gauche. Par la palpation on constate que la tumeur occupe le côté gauche du bas-ventre, et dépasse un peu la ligne médiane ; les mouvements, imprimés à cette masse se communiquent au col, qui n'est pas dévié ; l'utérus semble faire corps avec la tumeur.

En mars, avril et mai les règles font défaut. Par intervalles des crises douloureuses avec ballonnement du ventre.

La tumeur diminue de volume et se ramollit jusqu'au 15 mai. A partir de ce moment elle cesse de diminuer et une nouvelle tumeur se dégage de la gangue peu à peu ramollie et s'accroît à son tour. Cette tumeur est plus élastique que la tumeur primitive, les mouvements qu'on lui imprime se communiquent au col.

A l'auscultation : souffle utérin. A la fin de mai, la tumeur a encore augmenté de volume ; le tiers inférieur du col est ramolli, son orifice externe entr'ouvert ; vers le bord supérieur de la tumeur on sent un gros cordon, roulant sous le doigt, qui pourrait bien être une partie fœtale.

Le 8 juin, la femme ressent la douleur comme si elle allait accoucher et perd par flots intermittents un liquide clair, sans odeur.

Au toucher on trouve un col complètement ramolli, largement ouvert, non effacé, situé dans l'axe du vagin ; le cul-de-sac latéral est rempli par une masse dure, séparée du doigt explorateur par une très faible épaisseur de tissus. Sécrétion lactée bien caractérisée. Le lendemain le col se trouve aplati et appliqué contre la paroi droite du vagin ; la tumeur osseuse, qui semble être la tête fœtale est descendue. On diagnostique une grossesse ectopique, probablement tubaire. Mais un peu d'anasarque albuminurique invite à retarder l'intervention. La malade rentre chez elle dans les premiers jours de juillet. Constipation opiniâtre. Urines rares, contenant un peu de pus. Diète lactée et hydrique. Urotropine. Quelques jours s'écoulent sans incident.

Le 19 juillet, commencement de coliques, que la malade différencie très bien des coliques utérines et qu'elle appelle « coliques d'intestin ».

Les selles sont nombreuses et constituées par un liquide roux, d'odeur infecte. La fièvre s'allume pour la première fois depuis le début de la maladie et s'élève progressivement à 39°8 avec frissons, ballonnement du ventre, vomissements, petitesse du pouls. Pas de pertes vaginales, pas de coliques utérines, pas de modification du col.

Le 26 juillet, les évacuations alvines cessent, la fièvre tombe. La tumeur a sensiblement diminué de volume, mais elle est beaucoup moins dure. On a supposé qu'il y avait eu ouverture de la cavité tubaire dans le rectum et infection de la poche. Le traitement a consisté en injections de permanganate, lavements au coaltar et quinine.

La malade semblait tout à fait bien, quand dans la nuit du 29 au 30 juillet les coliques reprennent avec un maximun d'intensité. Les envies d'aller à la selle sont pressantes mais infruc-

tueuses. Le toucher permet de constater la présence d'un corps étranger dans le rectum et l'on extrait les membres inférieurs et la partie inférieure du tronc d'un fœtus de trois à quatre mois, macéré.

Le lendemain 31, le cordon se présente à l'anus, mais se rompt à la moindre traction. La partie restante du fœtus et le placenta ne sont pas expulsés. La malade rentre à l'hôpital de Mont-de-Marsan dans les premiers jours d'août. On observe en ce moment les signes déjà constatés un mois auparavant : la tumeur abdominale a nettement diminué de volume, la tête est toujours dans l'excavation.

Laparotomie le 4 août : on trouve une poche à parois peu épaisses, adhérentes au péritoine pariétal antérieur ; après l'avoir traversée on tombe dans une cavité à contenu infect, contenant la tête et le tronc d'un fœtus dissocié de quatre à cinq mois. Dans le fond on découvre un orifice circulaire de 2 cm. de diamètre, taillé au travers des parois du rectum et conduisant directement dans sa cavité.

Après nettoyage aussi complet que possible, la poche est largement drainée par l'abdomen ; des lavages rectaux sont faits tous les jours. La guérison survint sans accidents ni incidents à noter ; la malade quittait l'hôpital le 25 septembre avec une petite fistule stercorale donnant fort peu et qui se fermait vingt-cinq jours plus tard. Ce bon résultat s'est maintenu jusqu'à ce jour, sans trouble aucun du côté des organes génitaux, de la vessie ou du rectum.

OBSERVATION IV

D[r] Bubendorf (*Annales de Gynécologie*, 1886)
(*La première partie abrégée*)

Un cas de grossesse extra-utérine (variété admoninale). Elimina-

tion spontanée du squelette fœtal par le rectum après cinq années de rétention. Guérison.

Mme M..., agée de 34 ans, bien constituée et toujours bien portante. Elle fit deux avortements sans cause appréciable. Elle devint enceinte pour la troisième fois en mai 1879 et compta accoucher vers la fin du mois de février 1880. Les deux premiers mois furent très pénibles : à des vomissements incoercibles se joignirent des douleurs de ventre généralisées très aiguës avec maximum d'intensité à gauche, faisant croire à de la péritonite. Ensuite cette grossesse prit alors un cours régulier ; la femme ne souffrit plus que très modérément et put se lever journellement. A mi-terme elle sentit pendant quinze jours, mais d'une manière peu distincte, des mouvements fœtaux. Ces mouvements ne furent dès lors plus perceptibles. Le ventre ne continua pas moins à se développer progressivement, un peu irrégulièrement d'abord vers l'ombilic, un peu à gauche et en pain de sucre, puis le développement se généralisa et la femme devint très grosse. Mme M.. crut sa grossesse en cours régulier et ne conçut aucune inquiétude. Sa santé d'ailleurs était fort bonne.

Le 25 février 1880 la malade se croit être en travail : les douleurs sont légères ; le col utérin, au dire de la sage-femme offre tous les caractères d'un col au début du travail ; elle perd ce jour une grande quantité d'un liquide clair et citrin. Pendant quinze jours elle perdit encore une grande quantité d'eau ; cet écoulement se fit d'une manière saccadée, principalement quand la femme se déplaçait dans son lit, montait ou descendait un escalier. Après quatre ou cinq jours, la malade fatiguée d'attendre et désappointée se leva et reprit ses occupations habituelles. Au fur et à mesure que cette eau s'écoulait ainsi, le ventre s'affaissait progressivement. Cet écoulement aqueux fut suivi d'une perte de sang abondante, qui dura deux jours. Puis tout rentra dans le calme. Les deux seins de Mme M.., gonflèrent et elle eut du lait en abondance. Un mois après, les époques revin-

rent et continuèrent dès lors régulièrement. La menstruation avait donc été suspendue durant dix mois.

L'état général de Mme M... était satisfaisant. Cinq ans après elle présenta un gonflement œdémateux des deux jambes ; ses époques, toujours régulières n'avaient pas reparu depuis deux mois.

A la palpation du ventre on trouve une tumeur du volume d'un poing, située au-dessus et vers la partie moyenne de l'arcade de Fallope, qu'elle débordait légèrement, pas douloureuse même à la pression. Le toucher vaginal apprend que cette tumeur remplit le cul-de-sac latéral gauche, plonge dans le bassin et dévie très légèrement le col à droite.

Le 13 janvier 1895, la malade vit ses époques revenir. Elle perd plus abondamment que d'habitude pendant deux jours.

En même temps survinrent des douleurs plus violentes dans la région hypogastrique gauche avec des envies plus fréquentes d'aller à la garde-robe. Ces douleurs devinrent rapidement lancinantes, s'accompagnèrent de frissonnements et furent bientôt suivies de selles muco-purulentes. La douleur était profonde, lancinante, rectale et vaginale, herpès labial. Nous prescrivons de la quinine et des lavements phéniqués et recommandons à la malade d'examiner soigneusement ses selles, en raison du pus qu'on devra y rencontrer. Ces mêmes douleurs, accompagnées de fièvre et d'envies fréquentes et très pénibles d'aller à la garde-robe, persistèrent avec une exacerbation pendant dix jours et, le 24 janvier, la malade rendit avec douleurs, dans une selle, une côte d'enfant.

Nous nous trouvions donc, à notre grande surprise, en présence d'un cas de grossesse extra-utérine. Cette tumeur observée n'était donc autre qu'un kyste fœtal, dont le squelette allait être évacué par le rectum.

Le toucher rectal pratiqué le jour même de l'évacuation de cette côte nous conduisit, en avant et très haut, tout à l'extrémité de

l'index, dans une cavité anfractueuse, remplie d'un corps assez dur ne donnant pas la sensation d'un squelette. Nous n'atteignîmes pas jusqu'au bord supérieur de cet orifice dont nous ne pûmes, par conséquent, pas apprécier les dimensions. Entre l'anus et son bord inférieur on sentait, à travers la paroi rectale, un corps dur, arrondi. Nous essayâmes sur ce bord quelques tractions prudentes, favorisées par une compression exercée sur le fond de la tumeur, mais sans succès.

Température 39°. Pouls 96 très petit.

Ces dix jours de douleurs et de fièvre avaient beaucoup affaibli la malade.

Traitement : Quinquina. Quinine. Lavements phéniqués et grands bains journaliers.

Alimentation : Lait, bouillon, vin.

Durant cinq nouveaux jours les douleurs continuèrent plus fortes et plus lancinantes, accompagnées de frissons intenses avec claquement de dents ; les envies d'aller à la selle devinrent plus pressantes, s'accompagnant de ténesme et, dans la nuit du 29 au 30, la malade rend, dans une première selle, trois côtes, et dans une selle nouvelle une côte et l'omoplate droite. Ces selles étaient mélangées de matières muqueuses et filantes, non purulentes et mêlées à très peu de matières fécales.

30 janvier. — Nouveau toucher rectal et vaginal. Rien de particulier. Une heure après, expulsion d'une côte.

Dans la nuit du 30 au 31, un grand nombre de selles dont quatre renferment des parties fœtales : une 1re, trois côtes ; une 2e, une côte et le fémur droit ; une 3e, l'humérus gauche ; une 4e, une côte et le radius gauche. Les selles qui contiennent des osselets sont précédées de coliques plus violentes ; la malade sent glisser quelque chose vers l'anus, puis survient un besoin d'expulsion immédiat. Chacun de ces os ou osselets est enveloppé d'une gaine de matière noirâtre, comme charbonneuse, desséchée

et durcie. L'évacuation de ces os a lieu avec douleurs lancinantes, parfois très aiguës.

Le 31 matin, température, 39°. Pouls, 96. Soir, température 39°2. Pouls, 104. Nuit très tourmentée.

La malade accuse un grand état de souffrance. Langue blanche. Inappétence ; soif vive. Frissons intenses avec claquements de dents, à dix heures du matin. Ventre sensible à la palpation, principalement à gauche. Grand nombre de selles à partir de midi. A rendu dans une première de ces selles : la moitié droite du maxillaire inférieur, un os du métatarse, une phalange et un petit os cuboïde ressemblant au calcanéum ; dans une autre : la clavicule droite, deux lamelles en forme de T, dont une branche plus courte, et représentant des arcs vertébraux non encore soudés, et l'os ilion, pièce encore distincte de l'os iliaque.

Tous ces os, débarrassés de leur gaîne noirâtre, apparaissent dans un remarquable état de conservation. Ces envies d'aller à la garde-robe se poursuivent jusqu'au soir et s'accompagnent de ténesme rectal et d'un léger ténesme uréthral.

1er février, matin, température, 38°. Pouls, 90. Soir, température, 37°08. Pouls 100. A eu la nuit trois selles, mais sans parties fœtales. Insomnie. Douleurs rectales moins vives que les jours précédents.

Dans la journée, nous examinons la malade dans son bain couchée sur le dos, et nous constatons au toucher : que le rectum est totalement obstrué et qu'il faut faire effort du doigt sur la tumeur pour pénétrer dans le canal.

La tumeur descend et pèse sur l'anus ; elle est dure, bosselée ; par la pression du doigt sur ces bosselures, on détermine dans le ventre en différents points et jusqu'en des points diamétralement opposés, une douleur aiguë lancinante. L'orifice du kyste est toujours trop élevé pour que le doigt puisse en explorer le contenu. Le toucher vaginal donne toujours la même sensation d'une

tumeur latérale, s'étendant en avant et en arrière ; mais la tumeur est plus molle ; le col de la matrice a repris sa place.

Cette journée a été meilleure ; la malade a pris un peu de nourriture, sur nos conseils elle s'est levée, a marché pendant une heure. A la suite de lavements phéniqués pris dans son bain, elle a eu plusieurs selles dont deux contenaient : l'une, le temporal droit ; l'autre, un os du pied et une partie du sphénoïde.

Le 2. Matin, température, 37°5. Pouls, 96. Soir, température, 37°5. Pouls, 100. Nuit agitée. Le côté gauche a été plus douloureux. A eu pendant la nuit plusieurs selles très abondantes, comme elle n'en avait plus eu depuis six ans.

Pas de frissons depuis deux jours. Langue meilleure. Appétence. Journée bonne, s'est levée plusieurs heures. A rendu dans une selle trois lamelles vertébrales.

Le 3. Matin, température, 37°. Pouls, 76. Soir, température, 37°. Pouls, 100. Nuit bonne. Deux selles dont l'une renferme une lamelle osseuse paraissant appartenir à l'ethmoïde. A rendu dans la journée en allant à la garde-robe un grand nombre de concrétions blanchâtres, dures, arrondies, de nature calcaire. Frissonnements répétés. Douleur localisée très vive au-dessus du pli de l'aîne gauche, survenue après un mouvement de la malade.

Le 4. Nuit mauvaise. Douleur toujours très vive à gauche. Frissonnements. Sueurs abondantes.

Le 6, journée et nuit très agitée. Même douleur à gauche avec irradiations lancinantes dans la cuisse et la jambe correspondantes, jusqu'au mollet. A eu trois selles, dont une avec une lamelle vertébrale.

Le 7. Même état. A rendu dans une selle le deuxième os ilion. Perd par le rectum un peu de sang rouge. Les selles, autrefois presque filiformes, deviennent moulées et prennent un calibre en rapport avec la dilatation progressive du rectum.

Du 8 au 13. Rien de particulier.

Le 13. Retour des époques. Perd très peu. Pas d'exacerbation dans les douleurs.

Du 13 au 20. Un peu de tendance à la constipation. La malade prend tous les jours deux verres d'eau de Birmenstorff.

Le 20. Expulsion d'une lamelle vertébrale. Les douleurs reviennent plus fortes ; la tumeur rectale est plus basse et proéminante ; les selles redeviennent filiformes. Fréquentes envies d'uriner.

Du 20 au 28. Même état.

Le 28. Douleur au niveau de la vessie, au-dessus du pubis. Urines claires.

Du 28 au 1^er^ mars. Même état.

Le 1^er^. La malade rend en plusieurs selles quatorze os ou fragments osseux (occipital, selle turcique, radius et péroné droits, marteau, lamelles vertébrales et plusieurs fragments des os de la face). Le marteau, osselet de l'oreille moyenne, a déjà les dimensions du même osselet chez l'adulte et a ses trois apophyses intactes.

Le 2. Selles plus faciles. Une des selles renferme le fémur gauche et une côte.

Les 3 et 4. Le mieux se continue. Expulsion de deux fragments de cornets et d'une lamelle vertébrale.

Le 5. Expulsion de six os (tibia gauche, deux côtes, deux os fragmentés appartenant au maxillaire supérieur, une lamelle vertébrale).

Le 6. Après un lavement phéniqué, la malade a rendu le cubitus gauche et la moitié gauche du maxillaire inférieur.

Le 8. Deux côtes et trois fragments osseux.

Le 10. Péroné gauche, humérus droit, lamelles vertébrales.

Du 11 au 12. Deux jours de menstruation. Règles peu abondantes.

Le 13. Expulsion d'une côte et de lamelles vertébrales.

Du 13 au 25. Le mieux est très sensible. L'appétit revient. La malade se lève et se promène chaque jour.

Du 25 au 30. Côté gauche plus sensible.

1^er^ avril. Elimination du cubitus droit.

Le 5. Retour des époques. Perd plus que de coutume. Les membres et la face se couvrent de taches bleuâtres, pétéchéales, et çà et là se rencontrent sous la peau de petites nodosités grosses comme une noisette. Douleurs rhumathoïdes avec gonflement des articulations de tout le bras gauche, du poignet et du coude droits. Ces douleurs retiennent la malade au lit et la privent de sommeil (salicylate de Na et poudre de Dower).

Le 7. La température qui variait ces deux derniers mois entre 37 et 38° redevient fébrile, 39°. Il y a des frissons ; de l'inappétence ; la langue est blanche. Douleurs plus violentes dans le côté gauche du ventre et le haut de la cuisse correspondante, sur le trajet de l'obturateur.

Le 8. Expulsion d'un fragment du crâne, d'un ischion, d'un radius gauche, d'un métacarpien et de deux lamelles osseuses appartenant aux os de la face.

Du 8 au 20 mai. Le mieux est sensible. Les selles ne renferment plus de parties fœtales.

Du 20 au 28. Retour de la menstruation. Peu de sang. La malade est plusieurs jours sans avoir de selles. Douleurs abdominales intenses. Est obligée de rester alitée.

Le 28. Sous l'influence de purgatifs répétés, la malade expulse, le 28 au soir un pariétal, dont le plus petit diamètre mesure 4 cent., ainsi que deux autres fragments d'os plats. Le pariétal a dû être extrait avec les doigts ; son extraction a été très douloureuse et suivie d'une hémorragie assez abondante.

Du 29 au 30. La malade va beaucoup mieux.

Du 30 au 31 juin. Mieux persistant.

OBSERVATION V

Lorenz (Stendal) *Centralblatt*, 1895

Un cas de grossesse extra-utérine avec perforation dans l'intestin. Laparotomie.

La femme est âgée de 32 ans. Deux accouchements antérieurs, premier accouchement et suite de couches normaux. Les dernières règles au mois de mai 1890.

Douleurs abdominales continues, surtout à gauche.

Au mois de juillet on aperçoit une augmentation de volume du ventre. A la fin d'octobre, expulsion de morceaux de chair sans douleurs. Au commencement de novembre elle commence à percevoir les mouvements du fœtus. Peu après apparaissent de fortes douleurs à la partie inférieure de l'abdomen. La malade est obligée de garder le lit. Depuis le mois de janvier elle a des pertes sanguines répétées et des écoulements purulents par l'anus.

Au mois d'août la malade élimine par la même voie un os lisse avec des bords tranchants.

A la percussion on trouve une matité, qui occupe l'hypochondre gauche et s'étend jusqu'à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic et jusqu'à la ligne blanche. La malade élimine spontanément par le rectum quelques os du rachis, du bassinet une côte.

Laparotomie. — On suture avec difficultés la poche fœtale à la plaie abdominale, on tamponne la plaie par la gaze iodoformée. Après 12 jours ouverture du sac fœtal. Les jours suivants élimination de nombreux os. Persistance d'une fistule intestinale, qui se ferme après un certain temps. Guérison complète.

OBSERVATION VI

MARSCH (Iodlipore, Indien) *Centralblatt*, 1906

Grossesse abdominale à terme, l'élimination du fœtus par le rectum 27 mois plus tard.

Sept accouchements antérieurs. Il y a 3 ans, un certain temps après son dernier accouchement la femme sentit qu'elle était devenue encore une fois enceinte. Au terme de la grossesse l'accouchement ne s'est pas fait, mais le ventre diminue de volume, la menstruation revient dix-huit mois après sa suppression et se répète régulièrement pendant dix-huit mois. Il y a six mois, la malade éprouve des douleurs abdominales vives, pour lesquelles elle suit un traitement médical. On lui fait encore des cautérisations de la partie supérieure du ventre pendant trois mois.

Enfin elle est prise d'une dysenterie : sécrétion constante, douloureuse, fétide, glairo-sanguinolente.

Un jour en allant à la selle, elle élimina un corps étranger, qui pendait de l'anus, c'étaient les pieds du fœtus, comme on le lui a dit.

Douze heures après, une sage-femme expérimentée extrait par l'anus un fœtus auquel il manquait un bras. A cause de la rétention de ce bras la malade vient en clinique.

L'état général est misérable. Pouls 125 ; température 38°. Fortes douleurs abdominales, vomissements. Sur l'abdomen on trouve des cicatrices de brûlures très douloureuses, une sécrétion profuse par l'anus, qui est entouré d'excoriations.

Examen sous chloroforme. L'utérus d'une grandeur normale, mais non mobile, donne la sensation d'un corps arrondi, dur.

Dans le rectum on sent une tumeur, ne faisant pas corps avec l'utérus. Pas de sécrétion par l'utérus, le bras ne se trouve certainement pas dans sa cavité. Avec beaucoup de difficultés on extrait les morceaux des os d'un crâne fœtal, qui est situé très haut dans le rectum. Le bras n'est pas retrouvé.

OBSERVATION VII

LASARUS (*Centralblatt*, 1904)

Un cas de grossesse extra-utérine avec élimination du fœtus par l'intestin.

En décembre 1901, M. L. est appelé chez une femme âgée de 38 ans, primipare. Elle était en travail depuis 24 heures, sans que l'accouchement ait avancé.

La femme avait eu en avril ses dernières règles.

Écoulements sanguins anormaux et douleurs pendant toute la grossesse.

L. trouve l'orifice extérieur du col utérin dilaté laissant passer deux doigts, l'utérus un peu augmenté de volume et à droite de l'utérus une tumeur. Le cathétérisme utérin montre, que sa cavité est vide. On n'entend pas les battements cardiaques du fœtus, une sage-femme intelligente et expérimentée affirme les avoir entendus quelques heures auparavant et la mère a senti les mouvements de l'enfant.

L. trouve l'état de la malade trop grave, pour pouvoir la transporter dans une clinique.

Le lendemain, la malade reste presque sans pouls avec tous les signes d'une hémorragie interne.

L. la quitte sans aucun espoir de la sauver. Quelques semaines après L. apprend par la sage-femme, que cette malade vit, mais reste toujours très faible.

Quelques jours après la malade vient consulter L. à cause de son gros ventre. L. lui conseille d'aller dans une clinique pour qu'on lui enlève la tumeur, mais la malade refuse une intervention chirurgicale.

Au mois de mai 1903 (25 mois après la suppression des règles et 17 mois après leur renouvellement), la sage-femme apprend à M. L. que la malade a accouché spontanément par l'anus d'un

enfant mort, cependant elle ne peut plus aller à la selle à cause de l'enclavement d'un os fœtal dans le rectum.

L. broie l'os et à l'aide d'une pince retire des fragments qu'il reconnaît comme les parties de l'os occipital.

La malade raconte qu'elle a rendu par l'anus il y a 6 semaines une extrémité supérieure et à présent les restes du fœtus.

Le processus a eu lieu sans fièvre et sans altération de l'état général de la femme.

OBSERVATION VIII

BOVEC (*Med. news.*, 1898)

Une vieille grossesse ectopique avec fœtus à terme.

Une femme, d'habitude délicate, qui a fait déjà un avortement et un accouchement facile, se considère encore une fois, comme enceinte, d'après tous les signes qu'elle présente, mais elle éprouve de fortes douleurs du côté gauche où une tumeur se forme. Elle sent les mouvements de l'enfant. Au terme de la grossesse elle entre en travail, mais n'aboutit pas à expulser le fœtus. La grossesse ectopique est diagnostiquée ; la malade refuse l'opération qu'on lui conseille. Les douleurs expulsives, qui durent 3 semaines, cessent, mais reviennent de temps en temps ; 7 ans plus tard elle fait une grossesse normale sans aucun accident, suivie d'un accouchement normal.

Un an après cette grossesse, surviennent de fortes douleurs et un os du crâne est éliminé par le rectum.

A la palpation on trouve une tumeur à gauche qui s'étend depuis le vagin jusqu'à la rate.

L'opération est faite.

La femme devient plus forte qu'elle n'était auparavant.

OBSERVATION IX

AUTORIELLO (Neapol) (*Wiener. klin. Wochenschr.*, 1889)

Élimination d'un fœtus par le rectum dans une grossesse extra-utérine. Centralblatt, 1891.

Une malade âgée de 30 ans, qui a eu 8 grossesses normales (la dernière grossesse remonte à 4 ans) raconte, en entrant en clinique, qu'elle n'est plus réglée depuis 6 mois, (juin 1887), et que depuis ce temps elle éprouve une sensation de pesanteur au périnée, comme si elle avait un corps étranger dans le rectum.

Vers le 15-16 août elle fut prise de douleurs très fortes, qui la quittaient après quelques heures ; en outre elle a remarqué une augmentation de volume de la partie inférieure de l'abdomen ; au mois d'octobre elle perçoit les mouvements de l'enfant.

Le 25 décembre, survient une hémorrhagie, qui dure quelques jours, et après laquelle elle ne perçoit plus les mouvements de l'enfant ; au mois de janvier nouvelles pertes de sang, qui obligent la femme à garder le lit pendant deux mois.

Le 2 avril elle est prise d'un frisson de fièvre.

Deux jours après la malade, en allant à la selle, expulse avec des douleurs extrêmes des masses putrides. Elle remarque ensuite qu'un corps étranger lui sort par l'anus. On appelle un médecin, qui envoie la femme très affaiblie à la clinique, où l'on constate, que par l'anus sort un pied fœtal, Morisani extrait facilement un fœtus, qui pèse 260 gr. et est long de 28 cm.

Par le toucher digital on trouve une grande perforation sur la paroi antérieure de l'intestin, par laquelle le doigt arrive sur une surface, qui donne l'impression d'une muqueuse.

A la partie inférieure de l'abdomen on trouve une tumeur, qui s'étend depuis la symphyse jusqu'à un travers de doigt au-dessus. Cette tumeur est élastique, arrondie et se continue dans le cul-de-sac de Douglas, à droite, séparée de l'utérus par un sillon.

Un drainage permanent est établi dans l'ouverture rectale. Pendant les premiers jours, fréquents lavages au sublimé (1/3000) et à l'acide borique, à partir du quatrième jour, et trois fois par jour irrigations antiseptiques du kyste.

La femme quitte la clinique 20 jours après, sans se présenter de nouveau.

Diagnostic. — Grossesse extra-utérine, le kyste fœtal une fois ouvert, le fœtus tombe dans le cul-de-sac de Douglas, où il s'enkyste encore une fois, contracte des adhérences avec le rectum, dans lequel il s'ouvre, et par où s'élimine le fœtus.

OBSERVATION X

ELISCHER (Budapest) (*Centralblatt*, 1894)

Un cas de grossesse extra-utérine avec ouverture dans l'intestin

La malade âgée de 34 ans, toujours bien portante, accouche 3 ans après son mariage (1882), d'un enfant et depuis reste stérile jusqu'à 1890 ; elle se considère alors enceinte depuis le mois d'avril. Au quatrième mois de la grossesse, on constate une tumeur douloureuse, qui augmente toujours et dans laquelle on perçoit nettement les bruits du cœur du fœtus (mois de septembre). En même temps commence une sécrétion utérine fétide analogue aux lochies.

La malade est très affaiblie.

Au mois de mars 1891 on diagnostique une grossesse extra-utérine. Le traitement est symptomatique.

Le 28 mars, subitement apparurent de très fortes douleurs dans le bas-ventre. La température est élevée, la salivation abondante. Cinq semaines après survient une amélioration notable, en même temps s'éliminent par le rectum un os et un morceau de muscle d'une largeur de 4 cm. d'une longueur de 20 cm. ; ensuite s'éliminent encore avec des douleurs extrêmes

4 côtes, 1 omoplate, 1 fémur, les os de la jambe, les os du rachis, les vertèbres lombaires. Cette élimination dure 3 semaines ; elle comprend aussi des lambeaux de chair putréfiés. La malade, qui éprouve des ténesmes fréquents et des douleurs considérables, mais n'a pas de fièvre, devient de plus en plus faible.

Le 25 juin elle entre en clinique.

A l'examen on trouve à droite une tumeur très douloureuse grande comme une tête d'enfant. La malade accuse des envies de vomir et des douleurs dans le bassin.

Plus tard E. examine la femme sous chloroforme et trouve dans le cul-de-sac de Douglas derrière l'utérus, à droite, une tumeur très peu mobile, dans laquelle on sent la crépitation osseuse. Par le rectum on sent une masse fluctuante, dans laquelle on perçoit les parties fœtales. E. se décide à faire une incision de la paroi postérieure du vagin. Pendant l'ouverture du kyste s'écoule un liquide extrêmement fétide dans lequel on trouve quelques os : côtes et vertèbres. A l'aide d'une pince on extrait plusieurs os du bras et du crâne. Dans la plaie apparaît le front en avant, la tête fœtale qui est aussi partiellement extraite. Après l'évacuation de la cavité le doigt explorateur trouve à 4 cm. au-dessus de l'incision faite contre *S romanum* une perte de substance.

Irrigation de la plaie avec créoline et tamponnement avec de la gaze iodoformée. Après 2 jours la cavité se remplit de matières fécales. La malade n'a pas de fièvre. On remplit la cavité de gaze iodoformée. La cavité devient de plus en plus petite.

Le 30 octobre la menstruation revient et dure 3 jours sans douleurs. Les matières fécales ne sortent plus par le vagin. L'état général est bon. E. croit que c'était une grossesse extra-utérine tubaire.

OBSERVATION XI

SKIMER (Scheffield). *Une grossesse utérine* (*Lancet*, 1886)

La malade est âgée de 34 ans. Les dernières couches remontent au mois d'octobre 1883, après lesquelles elle fut réglée huit semaines plus tard.

A la fin du mois de février 1885, se sont éliminés les premiers os fœtaux par le rectum. Cette élimination se répétait plusieurs fois. La malade n'est incommodée qu'après un travail fatigant ou peu avant les éliminations des os. Au mois d'août, elle rend les derniers os par le rectum. Puis la fistule se ferme et la femme guérit rapidement. La malade montre les os fœtaux.

OBSERVATION XII

HAMON DE FRESNYE. *Un cas de grossesse extra-utérine* (*L'Abeille médic.*, 1886)

La malade au terme de la grossesse avait des douleurs analogues à celles du travail pendant 14 jours. L'examen externe et le toucher vaginal ne donnent rien de précis, seulement le cathétérisme utérin éclaircit ce fait.

L'utérus a une longueur de 7 cm. à peine, sa cavité est vide. On se borne à l'expectation. Après un certain temps, la femme rend par l'intestin du sang et des os.

L'état de la malade est grave pendant deux mois. C'est seulement quand l'élimination spontanée s'est faite qu'elle se remet lentement.

OBSERVATION XIII

DOE. *Elimination des os fœtaux par le rectum* (*Boston med. and. surg. journ.*, 1884)

Une femme, âgée de 52 ans, entre à l'hôpital, parce qu'elle a

de la diarrhée depuis six mois. Cette diarrhée paraît être améliorée par une médication astringente.

Subitement, sort par le rectum une grande quantité de liquide aqueux, et l'infirmière, en voulant faire le lavement ordonné, se heurta contre un obstacle. Cet obstacle n'était autre chose que des os fœtaux. La malade raconta alors qu'elle avait fait un avortement il y a dix ans, mais ensuite elle était réglée régulièrement jusqu'à la ménopause, cinq ans auparavant. Il y a six mois, la femme a éliminé par le rectum un corps dur, du volume d'une orange ; elle avait à ce moment de la diarrhée. Après que le rectum fut vidé des os, on vit qu'il communiquait avec une cavité, qui avait des parois caséifiées et calcifiées. La malade guérit.

OBSERVATION XIV

Mischie (Cove by Aberden). *Grossesse extra-utérine* (*Brit. medic. journ.*, 1884)

Une femme, étant atteinte d'une métrite, devient enceinte et la grossesse se développe jusqu'à la fin du huitième mois normalement. A ce moment, les mouvements de l'enfant cessèrent et de temps en temps, elle éprouve des douleurs légères analogues aux douleurs du travail. Peu à peu, le ventre diminue de volume et les règles reviennent plusieurs fois. Elle est prise de diarrhée et de ténesme qui atteignent leur maximum vers le 16e mois. On examine le rectum et on y trouve un os du fœtus. Sous chloroforme, on extrait un squelette entier d'un fœtus à terme.

Guérison complète. L'utérus n'était presque pas augmenté de volume.

OBSERVATION XV

KÖNIG (Garsten). *Une rare terminaison d'une grossesse abdominale* (*Wiener medic. presse*, 1883)

A. S..., âgée de 30 ans. Les dernières règles à la fin de mars 1881.

La première grossesse se développe normalement jusqu'au mois d'août, époque à laquelle la malade a une péritonite, mais la grossesse ne s'interrompt pas. Pendant ce temps, les mouvements de l'enfant disparaissent ; la partie inférieure de l'abdomen diminue de volume, et la femme est soupçonnée d'avoir fait disparaître criminellement son enfant.

En février 1883, elle est prise d'une diarrhée et les selles se trouvaient composées d'un liquide sale, de matières nécrosées.

Le 10 mars, un fémur est expulsé par l'anus et les jours suivants, on extrait le reste du fœtus par le rectum. Une côte sort encore le 29 mars. La malade n'a pas de fièvre et guérit rapidement.

OBSERVATION XVI

JEDSCHUBOW (Radschin im Kaukasus). *Un cas de grossesse extra-utérine, dans laquelle le fœtus est extrait par le rectum après deux ans de rétention* (*Protokolle de Gesellschaft der Artzte im Kaukasus*, 1881).

J..., est appelé chez une malade, qui depuis quelques mois souffrait de la diarrhée et d'une sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Actuellement, il voit pendre par l'anus un corps noir, dur, qui est sorti pendant les épreintes douloureuses, et qu'il reconnut pour être un pied desséché de fœtus. Il retire la plus grande partie du fœtus.

Par l'interrogatoire, on apprend que la malade a eu sa première grossesse il y a deux ans, que la grossesse évoluait norma-

lement, sauf quelques douleurs que la malade éprouvait de temps en temps au bas-ventre. A ce moment, à la suite d'une frayeur, elle sauta d'un balcon (d'une hauteur de 2 m. 1/2) ; après cet accident, elle souffrit de douleurs abdominales vives et de pertes sanguines, les mouvements de l'enfant cessèrent, le ventre change de forme, l'enfant s'était placé en avant et à gauche.

Les hémorragies se sont répétées plusieurs fois, mais cessèrent après l'emploi de bains, etc. La menstruation devint régulière et la malade se sentit bien pendant 1 an 1/2, jusqu'au moment où le fait ci-dessus décrit se produit.

OBSERVATION XVII

Charles Bell (Edinbourg). *Une grossesse extra-utérine*

La rétention du fœtus dure quatre ans. Après dix mois de grossesse, les règles deviennent régulières, mais sont encore une fois suspendues depuis quelques mois, depuis que par l'anus sortent du pus et des parties fœtales.

Le traitement est symptomatique.

OBSERVATION XVII *bis*

Doktor (Budapest). *Une grossesse extra-utérine*

Les os macérés du fœtus à terme après huit ans de rétention s'éliminent par le rectum.

Paroi abdominale

OBSERVATION XVIII

Grossesse extra-utérine ; expulsion naturelle de l'enfant à travers les parois abdominales ; étranglement intestinal ; établissement d'un anus contre nature ; guérison. (Par le Dr Bouzol ; interne des hôpitaux de Lyon).

Justine V..., épouse D..., âgée de 38 ans, habite un hameau de

la commune d'Arcens (Ardèche). Elle s'est mariée à 21 ans et a eu 6 enfants. Tous ses accouchements ont été heureux et les suites de couches exemptes d'accidents. Le plus jeune de ses enfants est né au mois de juin 1881. Depuis cette époque, la menstruation ne s'est pas rétablie.

Au commencement du mois de juillet 1883, elle remarque avec surprise que son ventre avait grossi ; elle soupçonna une nouvelle grossesse. Vers la fin du même mois, elle ressentit quelques mouvements anormaux dans le ventre ; mais les sensations perçues ne ressemblaient pas à celles des précédentes grossesses. Néanmoins, comme elle voyait son ventre augmenter progressivement de volume, elle ne tarda pas à se convaincre qu'elle était enceinte pour la septième fois.

Dans les premiers jours de décembre, elle fut prise dans le bas-ventre et dans la région lombaire, de douleurs, dont les caractères lui étaient bien connus. Ces douleurs, absolument semblables à celles qu'elle avait éprouvées, chaque fois, au moment de la parturition, augmentèrent progressivement d'intensité pendant 3 jours, puis cessèrent brusquement après l'expulsion, par la vulve, non d'un enfant, mais de nombreux caillots sanguins.

A la suite de cet accident, elle déclare n'avoir plus perçu de mouvements anormaux dans la cavité abdominale et avoir pu vaquer comme d'habitude à ses occupations pendant une quinzaine de jours.

Au bout de ce temps, c'est-à-dire vers le 20 décembre, elle constata la présence d'une saillie très prononcée au niveau de la cicatrice ombilicale. Le lendemain, il se fit sur cette dernière une petite ouverture, qui donna issue à une assez grande quantité de liquide citrin. Les jours suivants, il ne s'écoule par le petit pertuis que quelques gouttes d'un liquide purulent, mais l'état général de la malade s'aggrave rapidement. Il survint de l'inappétence, un peu de fièvre et un affaiblissement très prononcé.

Le 31 janvier 1884, je suis appelé pour la première fois à voir

Justine V... Je la trouve dans son lit profondément débilitée et émaciée. Elle a de l'anorexie, des sueurs profuses ; sa langue est recouverte d'un enduit saburral, sa figure étirée, mais elle conserve sa lucidité d'esprit et peut me donner avec précision tous les renseignements que je lui demande.

Le ventre présente un volume assez considérable. Par la palpation, on constate facilement la présence dans cette région d'une tumeur solide, irrégulière offrant des saillies et des dépressions, et envahissant surtout la partie latérale gauche de la cavité abdominale. La tumeur dépasse cependant la ligne médiane, mais elle empiète sur le côté droit du ventre, tandis qu'elle occupe le flanc gauche et la fosse iliaque interne du même côté. Cette tumeur est légèrement mobile ; elle remonte à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Celui-ci est rétracté, paraît adhérent à la tumeur, présente à son centre un tout petit pertuis à travers lequel on ne peut faire pénétrer qu'un mince stylet. Par cette ouverture, on voit suinter de temps à autre quelques gouttes de pus, principalement lorsque la malade fait un effort pour se soulever.

L'auscultation pratiquée sur toute la surface de la tumeur ne révèle aucun bruit anormal. Par le toucher vaginal, on peut constater dans le cul-de-sac gauche, la présence de la tumeur qui offre à ce niveau une consistance semblable à celle fournie par le palper abdominal. Dans le cul-de-sac droit rien d'anormal. L'utérus ne semblait pas sensiblement augmenté de volume.

Le commémoratif et l'examen minutieux des symptômes présentées par la malade me firent songer immédiatement à l'existence d'une grossesse extra-utérine. Quoique la palpation ne me permit pas de reconnaître d'une manière certaine une des parties fœtales, je jugeai, d'après la consistance de la tumeur, son irrégularité, sa position, son développement graduel et progressif en neuf mois, et aussi d'après les renseignements fournis par la malade et son entourage qu'il était difficile de s'arrêter à une autre hypo-

thèse. Les mouvements anormaux avaient été perçus par Justine V..., dans la dernière quinzaine de juillet, et c'est quatre mois et demi après qu'elle avait été prise pendant trois jours consécutifs de douleurs absolument semblables à celles de l'enfantement ; puis tout s'était terminé par une métrorragie.

Quinze jours après, il se produisait spontanément à l'ombilic une ouverture par laquelle s'écoulait un liquide légèrement jaunâtre rappelant assez bien le liquide amniotique. Toutes ces notions étaient évidemment très favorables à l'idée d'une grossesse extra-utérine, idée que l'examen des symptômes physiques venait confirmer.

Dans cette situation, quel parti fallait-il prendre? Mon embarras ne fut pas long, car l'état général de la malade, sa débilitation extrême ne pouvaient autoriser aucune intervention. Je me contentai donc de prescrire quelques toniques et je confiai à la nature le soin de faire le reste. J'étais d'ailleurs persuadé que la malade ne résisterait pas longtemps aux progrès de la cachexie. Cependant, je fis observer à son mari qu'il pourrait quelquefois se produire une ouverture des parois abdominales à travers laquelle la tumeur serait expulsée par fragments. Je lui recommandai de me prévenir, si pareil dénouement survenait et de recueillir pour me les présenter, tous les débris qui sortiraient par l'ouverture ventrale.

Quelques jours après mon départ, le petit pertuis ombilical se cicatrisa ; mais, en même temps, on vit se développer un peu au-dessous de l'ombilic, à gauche de la ligne médiane, cinq ou six bosselures de volume inégal, qui s'ouvrirent spontanément vers le 20 février. Ces nouveaux orifices s'élargirent rapidement et ne tardèrent pas à se réunir pour ne former qu'une seule ouverture à travers laquelle on aurait pu engager le poing. On vit bientôt sortir par cette solution de continuité, de petits os et des lambeaux de chair en putréfaction. Cette élimination dura une quinzaine de jours et se termina par l'issue de fragments plus volu-

mineux dont chacun représentait la moitié d'une tête de fœtus. A partir de ce moment, la plaie abdominale ne laissa plus écouler qu'une faible quantité d'un liquide brunâtre légèrement fétide et se cicatrisa rapidement. L'état général s'améliora très vite ; l'appétit et les forces revinrent, et la malade se croyant presque guérie commença à se lever dans les premiers jours du mois d'avril. A ce moment, la plaie abdominale offrait l'étendue d'une pièce de cinq francs en argent.

Le 10 avril, vers cinq heures du soir, la malade voulant se coucher, fit un effort assez violent pour monter sur son lit. Cet effort détermina aussitôt l'issue à travers l'orifice abdominal d'une anse intestinale volumineuse dont l'apparition effraya beaucoup l'entourage de la patiente, mais qu'on ne chercha pas à faire rentrer.

Pendant la nuit du 10 au 11 avril, éclatèrent les accidents de l'étranglement intestinal. Des douleurs très vives se firent sentir dans la partie supérieure du ventre, il survint des vomissements incoercibles et une constipation opiniâtre. Ces accidents ne firent qu'augmenter d'intensité pendant la journée du 11 avril, et le 12 avril, je fus appelé pour voir la malade. Je constatai, en effet chez elle, tous les symptômes d'un étranglement intestinal. Outre les douleurs abdominales, les vomissements et la constipation, j'observai une altération profonde et caractéristique de la face, la petitesse du pouls et un refroidissement des extrémités.

Sur le côté gauche du ventre, un peu au-dessous de l'ombilic, on apercevait une tumeur rouge saignante, offrant le volume du poing. Cette tumeur de consistance molle présentait un pédicule resserré par l'orifice anormal des parois abdominales.

Les symptômes généraux et surtout l'examen physique de la tumeur me permirent de reconnaître que cette dernière était constituée par une anse intestinale qui avait fait hernie à travers l'ouverture abdominale en voie de cicatrisation et s'y était étranglée. Quelle conduite devais-je tenir en pareille circonstance ?

Appelé 48 heures environ après l'étranglement de la hernie, je ne pouvais guère songer à opérer sa réduction. Faire entrer dans la cavité abdominale une anse intestinale rouge, saignante, enflammée, c'était vouer la malade à une péritonite aiguë certainement mortelle. La réduction me paraissait d'autant plus dangereuse qu'elle ne pouvait être faite sans agrandissement préalable, par incision, de l'orifice où siégeait l'étranglement. Je me décidai donc à fixer par quelques points de suture les parois intestinales aux bords de la plaie et à établir un anus contre nature. Je partis avec la conviction que mon opérée, manquant des soins intelligents ne tarderait pas à succomber. Cette fois encore la nature se chargea d'accomplir une cure qui me paraissait presque impossible

Aussitôt après l'établissement de l'anus contre nature, il s'écoula par l'orifice anormal une assez grande quantité de matières et de gaz putrides. Les symptômes de l'étranglement intestinal cessèrent comme par enchantement. Dès le lendemain, mon opérée demandait à manger.

Un mois plus tard, l'anus contre nature s'était notablement rétréci et l'extrémité inférieure de l'intestin commençait à fonctionner. Les matières fécales passaient en partie par l'orifice abdominal et en partie par l'anus. La malade avait repris ses forces ; elle restait levée une bonne partie de la journée, malgré mes recommandations, et mangeait avec appétit la nourriture grossière qu'on servait à la table commune. La malade guérit complètement.

OBSERVATION XIX

Miss Heard (*Th. New. York medic. journ.*, vol. XXXV)

Un cas de grossesse extra-utérine.

Perforation spontanée du côté gauche de l'abdomen par le kyste fœtal, dont la rétention datait de 3 ans. Grâce à une dila-

tation de l'orifice trop petit par où se sont déjà éliminés spontanément des petits os fœtaux et des cheveux, on extrait les derniers os et la malade, une négresse, guérit.

OBSERVATION XX

THOMSON (*Zeitschr. für Geburtshilfe und Gynækologie*, 1895)

E. F., âgée de 58 ans, une paysanne russe, multipare, fait une grossesse extra-utérine, il y a 13 ans. Pendant toute la durée de la grossesse, la malade éprouvait des malaises. Au terme de la grossesse elle est prise de douleurs d'enfantement, qui la quittent peu à peu.

La grossesse dépasse le terme. La tumeur abdominale qui avait régressé augmente de nouveau un certain temps après ; la peau rougit, la malade éprouve de fortes douleurs et au voisinage de l'ombilic il se forme un orifice, par lequel sort un liquide purulent. Par l'orifice dilaté la malade extrait elle-même d'abord un os du crâne et ensuite petit à petit les autres os du fœtus. La plaie diminue de volume, l'issue du pus et de parties fœtales cesse ; mais on remarque, que par cet orifice sortent les matières fécales, surtout après que la malade prend des liquides.

L'appétit est bon, mais la malade éprouve des douleurs intenses dans le ventre, surtout après les repas quand les matières fécales sortent par la fistule ombilicale.

A cause de ces souffrances, elle exige une intervention. On fait une laparotomie. La malade guérit.

Vagin

OBSERVATION XXI

MONNIER (*Progrès médical*, 1884)

Grossesse extra-utérine remontant probablement à 5 ans.
Mort dans la cachexie après cinq ans de souffrance.

La nommée B..., âgée de 44 ans, blanchisseuse, est entrée le

24 mars 1884, à l'hôpital Saint-Louis, salle Denonvillers lit 40. (Service de M. Peau).

C'est une femme d'une parfaite santé habituelle, mère de cinq enfants. A l'âge de 39 ans, il y a cinq ans, après une année d'aménorrhée complète, mais sans troubles abdominaux, elle voit ses règles revenir, et pendant l'une de ses périodes menstruelles, elle fut prise de douleurs dans le ventre et dut rester quatre semaines au lit avec des phénomènes de péritonite, qui se calmèrent, mais une douleur abdominale survint, et on constata à cette époque une tumeur, que l'on crut être fibreuse. En novembre 1883, les règles ne parurent pas, et subitement elle éprouva de vives douleurs dans le ventre et des symptômes péritonéaux en même temps que du ténesme vésical. Elle rendit à cette époque des petits morceaux d'os, et le Docteur Larrivée l'ayant touchée, trouva dans le vagin un fragment osseux fort aigu. Peu à peu la malade maigrit, se cachectisa, et, finalement, vient mourir dans le service le 29 mars.

Pendant la vie on avait noté, entre autres signes curieux, une crépitation au niveau de l'hypogastre.

OBSERVATION XXII

William Lusk (New-York) (*Centralblatt,* 1886)

Un cas de grossesse extra-utérine. Elimination du fœtus par la paroi postérieure du vagin. Guérison (*Am. journ. of. obst.*, 1886)

La femme a eu trois accouchements antérieurs et elle est âgée de 32 ans. Le dernier accouchement remonte à trois ans, il est cause d'une forte déchirure du col utérin, qui est suturé.

La malade était réglée régulièrement toutes les deux-trois semaines et les règles duraient trois-quatre jours, jusqu'à son entrée en clinique. Elle entre à cause de fortes douleurs et de malaises fréquents.

A l'examen on trouve : dans le cul-de-sac de Douglas une tumeur fluctuante, qui repousse l'utérus en haut.

On diagnostique une hématocèle, ce diagnostic est confirmé par la ponction (avec aspiration), qui ramène du sang pur.

Mais la tumeur augmente de volume, le cathétérisme montre que la cavité utérine a une longueur de 3 cm. et est vide, l'utérus est facilement mobile, on sent les pulsations des vaisseaux vaginaux. Pour ces raisons, Luske fait le diagnostic d'une grossesse extra-utérine. Une ponction faite encore une fois ramène un liquide clair sans fibrine, qui renferme peu d'albumine, quelques leucocytes et un grand nombre de cellules épithéliales. Pendant un certain temps on applique à la malade des courants électriques, mais ce traitement est abandonné.

Un jour la malade est prise alors de diarrhée, de fortes douleurs et de fièvre. Cet état ne change pas pendant un certain temps, mais la tumeur fait saillie dans la paroi postérieure du vagin, qui se déchire et par cette déchirure sort un fœtus long de 7 cm. avec un cordon ombilical long de 8 cm. Le fœtus est partiellement putréfié et répand une mauvaise odeur. Les parois de la cavité sont épaisses et lisses sauf à l'endroit d'insertion du placenta.

Pas d'hémorragies. Lavements du kyste par l'acide phénique. Guérison lente.

OBSERVATION XXIII

Dr I.-H. Petit (*Ann. de Gynéc.*, 1883)

Grossesse extra-utérine, issue du fœtus par le vagin ; perforation de l'intestin ; fistule intestino-kysto-vaginale (par le Dr Colman).

Une dame, qui comptait accoucher le 25 décembre 1798, fit venir une sage-femme, qui ne put faire l'accouchement ; elle essaya probablement de rompre des membranes, provoqua une hémorragie et s'en tint là. M. Colman, appelé quelques jours

après sentit la tête du fœtus en arrière et en bas du vagin, le col utérin très haut derrière le pubis ; le fœtus ne remuait plus depuis Noël, l'époque à laquelle il était à terme. Colman crut à une grossesse extra-utérine, le fœtus étant situé entre l'utérus et le rectum. La malade fut prise alors de diarrhée et 3 mois après elle était pâle, affaiblie, la diarrhée continue ; pendant la nuit elle avait rendu une quantité considérable d'eau fétide, sanguinolente. Par le toucher, Colman sentit un orifice tout différent du col utérin et le doigt arrive immédiatement sur la tête de l'enfant. Il s'efforça de dilater cet orifice en pressant dessus et se retira. Les jours suivants on retira l'un après l'autre toutes les parties du fœtus putréfié. Le cinquième jour, alors que tout était sorti, l'état de la malade était très grave, l'écoulement abondant est très fétide. L'orifice du vagin, par lequel le fœtus avait été retiré, s'étendait presque jusqu'au col ; on peut alors sentir le corps de l'utérus lui-même, le doigt pénétrant en arrière dans une vaste cavité occupée autrefois par le fœtus. Il existait certainement une communication entre l'intestin et cette cavité, car quelques fragments d'un gâteau, dont la malade avait mangé la veille furent ramenés par les doigts avec des matières fécales. Ces matières revinrent tous les jours en petite quantité, bien qu'il y eût une selle naturelle chaque jour. La malade resta pendant quelques temps en grand danger, on la purgea quelquefois, une partie des excréments passait par l'orifice du vagin et une autre par le rectum, on lui donna des toniques, des astringents, des opiacés ; du vin, des aliments nourrissants. Actuellement elle est bien portante, le 16 août 1904, elle vaque à ses occupations domestiques, les selles passent par la voie naturelle, mais elle est obligée de se garnir parce qu'il en passe encore un peu par le vagin ; mais la quantité qui passe par cette dernière voie ayant beaucoup diminué depuis un mois, on espère, que l'ouverture de l'intestin pourra se fermer.

Utérus

OBSERVATION XXIV

GEBHARDT (Wasserburg-a.-I.) (*Munches medic. Woch.*, 1895)

Un cas de grossesse tubaire interstitielle avec élimination du fœtus et guérison de la femme.

Aménorrhée depuis 7 mois 1/2. Utérus peu augmenté de volume ; l'orifice externe entr'ouvert, une légère annexite gauche ; à droite de l'utérus on sent une tumeur douloureuse à la pression et qui n'est pas mobilisable avec lui. Le cathétérisme facile à faire, démontre que la cavité utérine est éloignée, mais vide. Quelques jours après le cathétérisme, hémorrhagies profuses, douleurs intenses ; au bout de deux jours on trouve dans les caillots les parties d'un squelette fœtal macéré, âgé à peu près de trois-quatre mois.

Après six semaines plus d'élimination d'os ; les hémorrhagies cessent par l'injection d'ergotine.

La malade souffre de son annexite et de la menstruation qui est irrégulière.

La malade apprend, par l'interrogatoire, qu'elle a été atteinte d'un annexite à la suite de son accouchement précédent. A cause de cette lésion la trompe droite subit une constriction, ou bien une autre transformation, qui empêchait l'œuf de passer dans la cavité utérine. Le fœtus mort est réduit à un squelette. L'obstacle à la communication entre la cavité utérine et la trompe fut probablement détruit par le cathétérisme, et le chemin pour l'élimination des parties fœtales ainsi ouvert.

Vessie

OBSERVATION XXV

M. W. Haggard (de Nashville) *Rev. de gynec. et chirurgie abdominale*, 1904

Enlèvement par une cystotomie vaginale d'un squelette fœtal de grossesse ectopique s'étant fait jour dans la vessie

Une femme, âgée de 31 ans, enceinte de six mois au cours desquels elle avait des hémorragies et des douleurs vésicales, avait vu sa grossesse s'arrêter et son abdomen diminuer progressivement de volume.

Un an après du pus fait son apparition dans les urines, puis un os, une vertèbre de fœtus fut expulsée de la vessie. Ce phénomène se répéta à plusieurs reprises dans les mois suivants ; en dernier lieu elle avait expulsé tous les os longs. Quelquefois l'un d'entre-eux restait fixé dans l'urètre, elle saisissait alors l'extrémité libre et attirait l'os au dehors.

Depuis le début des accidents elle avait expulsé en tout quatre-vingt-cinq os. Six semaines avant son entrée à l'hôpital elle avait senti un os se fixer dans l'urètre sans qu'elle pût le retirer, et depuis elle éprouvait de fortes douleurs dans le bas-ventre.

Après avoir essayé vainement de retirer l'os par l'urètre l'auteur fit une incision dans la cloison vésico-vaginale et put retirer des os, en grand nombre recouverts d'un dépôt phosphatique. Il vit alors que la vessie communiquait avec une cavité plus petite, située en haut et à droite, c'était le sac de la grossesse ectopique. Vessie et sac furent irrigués et, dans le but de drainer, on établit une fistule vésico-vaginale artificielle, en suturant au fil d'argent la muqueuse vaginale à la muqueuse vésicale suivant la méthode d'Emmet. La fistule fut refermée au bout de six semaines et quinze jours après la malade quittait l'hôpital en excellent état.

OBSERVATION XXVI

(Par le Dr Steltner), *Centr.* 1895

Evolution et complication d'un cas rare de grossesse extra-utérine

A la fin du mois de juillet, arrive en clinique une ouvrière A.., âgée de 40 ans. Son interrogatoire apprend les faits suivants : La malade toujours bien portante jusqu'à son mariage, fait en 1880 un accouchement normal et l'année dernière un avortement. En avril 1882 ses règles s'interrompent, la grossesse évolue sans complications notables. Trois semaines avant terme à la suite d'une forte frayeur, apparaît une hémorragie considérable, la malade entre en travail, mais l'accouchement ne se fait pas. Une sage-femme appelée conseille d'attendre, parce que l'hémorragie et les douleurs ont diminué.

L'état de la malade ne change pas visiblement pendant quatre semaines. La malade ne sent plus remuer l'enfant et vient consulter un médecin, qui diagnostique une grossesse extra-utérine. La malade refuse toute intervention chirurgicale. Après quelques semaines elle quitte le lit et malgré les douleurs reprend ses occupations. Son abdomen diminue de volume, la menstruation se rétablit irrégulière d'abord, mais ensuite régulière comme auparavant, cependant elle éprouve encore des douleurs et une sensation de pesanteur dans le ventre. Cet état dure pendant dix ans sans que la malade vienne consulter un médecin. Chaque fois qu'elle est fatiguée, elle est obligée de garder le lit pendant un certain temps à cause de douleurs aiguës survenant dans le ventre.

A la fin de juin 1892 survient un changement. Les urines qui étaient claires jusqu'alors deviennent troubles pendant quelques jours « comme une soupe à la farine » disait la malade, ensuite elle éprouve de fréquentes envies d'uriner, l'urine devient fétide et les sédiments renferment différents débris brunâ-

tres. L'état général devient plus mauvais et la température s'élève.

Cet état dure sans changement jusqu'an mois de juillet 1894, quand un jour, la femme éprouve en urinant des douleurs excessives et rend deux morceaux d'os par l'urètre. Le 28 juillet, le même accident se repète et un os s'enclave dans l'urètre, la malade vient alors en clinique, où on prend l'observation suivante :

La femme W..., est une femme anémiée avec une température normale et un pouls petit. Les seins sont normaux. La paroi abdominale mince et relachée.

A la palpation on trouve à gauche une tumeur, qui s'étend jusquau milieu de la ligne, qui réunit l'ombilic à la symphyse et empiète de trois travers de doigt à droite au delà de la ligne médiane. Un examen plus attentif montre que l'utérus n'est pas augmenté de volume. On trouve à gauche de l'utérus une tumeur du volume d'une tête d'enfant, mobile de gauche à droite entraînant l'utérus dans ses mouvements.

La partie inférieure de la tumeur entre dans dans le bassin. En certains endroits de la tumeur on perçoit la crépitation osseuse et sur sa surface généralement lisse on sent quelques nodosités.

Dans l'urètre on trouve un morceau d'os long d'un 1/2 cm. dans une position oblique. C'est un morceau de rachis. Après l'extraction de ce morceau avec une pince, de l'urine putride s'écoule en abondance. Le sédiment est muco-purulent et renferme des éléments nécrosés ; microscopiquement on trouve des globules de pus, des cellules de l'épithélium vésical et des détritus.

Sur la nature de la tumeur il n'y a plus de doute : c'est un kyste qui se trouve à gauche et qui contient les restes du fœtus : le kyste communique avec la vessie, grâce à une fistule par laquelle son contenu se vidait à certains moments.

Steltner se décide à une opération. Cinq jours après on ouvre

la poche dont la paroi visible était d'ailleurs sphacelée. Il s'en écoule un liquide vert-putride. Les jours suivants on vide la tumeur de débris osseux et de tout ce qu'elle renfermait. Peu après les urines s'éclaircissent ; il se déclare une vive douleur dans les reins et à la palpation on reconnaît dans la région du rein droit une tumeur, grosse comme le poing, tendue, élastique. Il s'agit d'hydronéphrose par compression de l'urètre.

Trois mois après, l'examen de la malade fait constater que la tumeur rénale a disparu.

OBSERVATION XXVII

Ehrendorfer (*Centralblatt*, 1904)

Un cas d'ouverture du kyste fœtal dans la vessie, suivi de guérison

La malade âgée de 31 ans, a eu déjà deux accouchements. Au printemps 1886, après cinq ans de ménopause, elle était prise pendant quelques heures de douleurs, analogues à celles du travail et quelques jours après, d'expulsion de matières fétides et de petits os par le vagin.

Une incontinence des urines a obligé la malade à consulter le professeur Schauta. Derrière l'utérus en anteflexion et hypertrophié on a trouvé un corps élastique, dans lequel on a reconnu des parties dures.

Après la dilatation préalable de l'urètre, Schauta retira onze os d'un fœtus de cinq mois. De la vessie sortait un os plus grand par un orifice situé à la paroi postérieure et qu'on ne put pas retirer.

La malade se sentant beaucoup mieux, quitta après quatorze jours l'établissement.

Au mois de mai 1888, la femme revint en clinique en disant qu'elle se sentait bien pendant quelques mois après sa sortie de l'hôpital, mais ensuite elle a commencé à éprouver de fortes dou-

leurs. Elle avait une incontinence d'urine, mais la menstruation était régulière, elle n'a plus éliminé d'os.

Après une dilatation de l'urètre, on a ressenti dans la région de la base du trigone de Lieutaud un corps rugueux, qui entrait dans la vessie par un orifice de la dimension telle, qu'il laissait passer un doigt. Ce corps fut retiré en partie par les doigts et amené au dehors par la pince à polype.

L'os retiré recouvert de dépôts calcaires n'était autre chose qu'un os du crâne de fœtus (large de 3 cm. 1/2). L'orifice ci-dessus décrit conduisait dans un diverticule, d'où on a retiré encore plusieurs os (sept os plus grands et cinq morceaux d'os).

Les jours suivants la malade n'ayant pas de fièvre après une semaine, pouvait retenir l'urine pendant trois heures et quelques jours après, elle a quitté l'hôpital tout à fait bien portante.

OBSERVATION XXVIII

P. Winckel (*Centralblatt*, 1909)

Ouverture du kyste fœtal dans la vessie

La femme, chez laquelle il y a six ans, les règles ont fait défaut pendant sept mois, se plaignait d'envies fréquentes d'uriner et de douleurs dans la vessie, quelquefois elle avait de la fièvre, parfois du ténesme rectal et des douleurs pendant la défécation.

On constate une tumeur d'un volume de deux poings, fixée à la paroi antérieure de l'utérus, et qui a refoulé l'utérus à gauche.

On a pris tout d'abord cette tumeur pour un myome. La vessie étant douloureuse et comme on avait constaté dans la vessie à l'aide d'une sonde des corps durs, on fut amené vers le diagnostic de calculs vésicaux. Après la dilatation de l'urètre on extrait le soi-disant calcul à l'aide d'une pince par la paroi postérieure de la vessie et on reconnait qu'il s'agit d'un tibia gauche.

L'articulation supérieure passe dans la vessie, tandis que le tibia entier était placé dans une cavité. De cette cavité, après dilatation do l'orifice par les doigts, on extrait cent-vingt os, qui forment presque un squelette entier. Les premiers os éliminés étaient incrustés de dépôts calcaires, mais les derniers avaient une odeur fétide et une enveloppe brune. La cavité vide fut lavée et l'urètre dilaté fut rétréci. Quelques jours après la malade avait encore, chaque heure, des selles glaireuses et passèrent de nouveau par l'urètre quelques petits morceaux d'os du crâne. Guérison complète.

Deux voies simultanées

OBSERVATION XXIX

Grossesse extra-utérine abdominale. Ouverture dans le rectum et la vessie. Guérison. (Haym et Girandeau). *(Première partie abrégée).*

Mathilde Roger, 23 ans, d'une bonne santé habituelle, entre à l'hôpital le 28 octobre 1880. Elle a eu ses dernières règles le 1er mars 1880. Au commencement de juin, une poussée de péritonite, pour la laquelle elle garde le lit pendant deux mois. Elle souffre continuellement du ventre et présente jusqu'à trente vomissements par jour. Le ventre augmente de volume de jour en jour, les règles sont toujours supprimées.

Vers le commencement de septembre, une amélioration notable se manifeste ; la malade peut même faire de longues courses à pied.

Le 15 septembre, elle fait une chute de voiture ; elle est prise immédiatement de douleurs abdominales intenses sans perte de sang, sans vomissements, sans fièvre.

Le 1er octobre se fait par le vagin un écoulement de sang noir, d'odeur infecte et la malade expulse au milieu des caillots « une

peau, une poche crevée blanche, longue comme le pouce ». A partir de ce moment, le ventre n'augmente plus de volume, les mamelles sécrètent du lait, l'écoulement sanguin persiste, des frissons se montrent, la fièvre s'établit.

Le 28 octobre, elle entre à l'hôpital. A la palpation, on trouve une tumeur lisse, qui occupe toute la fosse iliaque et l'hypochondre gauche, dans laquelle on ne sent pas de battements cardiaques. Au toucher vaginal, le col de l'utérus est refoulé vers la droite. L'utérus est peu volumineux, immobile ; il n'existe aucun sillon de séparation entre lui et la tumeur, qui envahit presque tout le petit bassin.

Par le toucher rectal, on sent une surface arrondie et résistante, qui comprime la face antérieure de l'intestin, d'où constipation habituelle de la malade. Le cathétérisme vésical, montre que la vessie est comprimée et refoulée en bas, au-dessous de la tumeur, ce qui explique les envies fréquentes d'uriner éprouvées par la malade.

La malade est très affaiblie, les douleurs abdominales sont vives, les pertes sanguines continuent. Pouls, 96. Température, 37,4 le matin, 38,8 le soir, la montée laiteuse est abondante.

A partir du 23 novembre, le ventre commence à diminuer de volume, mais l'état général de la malade ne s'améliore pas : la fièvre monte le soir, les sueurs sont profuses, plus d'écoulement par le vagin. Le 27, elle quitte l'hôpital.

Le 21 décembre, elle revient à la consultation : état général meilleur, le ventre est encore douloureux. La tumeur est moins volumineuse, on sent en un point une saillie, qui donne la sensation d'une partie fœtale. L'utérus est refoulé à droite et fait toujours corps avec la tumeur.

Le 29 janvier. Bosselures nombreuses et dures perçues à travers la paroi abdominale, pas de fluctuation, toucher douloureux, utérus toujours immobile. Constipation, envies fréquentes d'uriner. La tumeur occupe le cul-de-sac latéral gauche, elle est bosselée.

Le 29 mars, en allant à la selle, la malade a rendu par l'anus une grande quantité de pus d'odeur infecte, ainsi que « des morceaux de chair », coliques vives pendant la défécation.

15 avril. L'écoulement par le rectum continue ; la tumeur considérablement diminuée de volume. La limite supérieure s'arrête à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic, en outre, elle est devenue un peu mobile, elle fait toujours corps avec l'utérus, que l'on déplace en même temps qu'elle. Plus de sécrétion lactée.

7 mai. Le ventre est devenu plus plat, il est moins tendu, moins douloureux, l'utérus a repris à peu près sa position normale. Rejet par l'anus d'un liquide purulent avec des « peaux ». Mictions fréquentes et très douloureuses.

Le 14, elle rejette en urinant un fragment osseux qui n'est autre qu'une côte d'un fœtus de quatre à cinq mois ; l'urine est trouble et contient un abondant dépôt purulent. Le cathétérisme vésical ne révèle la présence d'aucun corps étranger. A ses règles depuis deux jours, pour la première fois depuis le 1er mai 1880, c'est-à-dire depuis plus d'un an. La tumeur abdominale a diminué des deux tiers environ, elle ne dépasse pas en hauteur la crête iliaque ; elle est toujours dure et un peu douloureuse ; l'écoulement de pus par le rectum a cessé depuis quelques jours. Etat général : s'améliore de plus en plus.

1er juin. Rentrée à l'hôpital. Urines toujours purulentes, pas de corps étrangers dans la vessie. Lavage quotidien de cet organe avec une solution phéniquée au millième. L'utérus est devenu très mobile ; la masse qui occupait le cul-de-sac latéral gauche est beaucoup moins volumineux.

Le 3. La capacité de la vessie est très peu considérable, on ne parvient à y faire pénétrer qu'une très petite quantité de liquide à la fois, et la sonde ne s'enfonce dans son intérieur que dans une très petite étendue.

Le 10. Mictions moins fréquentes ; urines moins purulentes.

Le 15. La quantité de pus, qui est contenue dans l'urine est très peu considérable, pas de fièvre, bon état général, la malade sort de l'hôpital.

Elle revient à la consultation le 10 février 1882, se plaignant de ne pouvoir uriner depuis la veille et accusant de vives douleurs au niveau du meat urinaire. Une sonde métallique introduite dans le canal de l'urèthre, vient heurter un corps qui occupe la moitié antérieure du canal ; une pince fine permet de la saisir et de l'extraire. Ce corps n'est autre que le temporal gauche d'un fœtus de quatre à cinq mois, dont les bords rugueux s'étaient enfoncés dans la muqueuse uréthrale. Quelques gouttes de sang suivent son extraction et la malade peut aussitôt uriner sans douleurs. La sonde introduite dans la vessie n'y rencontre aucun corps étranger.

Cette femme nous raconte alors que depuis sa sortie de l'hôpital (juin 1881) elle rend à des intervalles variables, par la même voie et au prix d'assez grandes souffrances de petits os qu'elle a réunis et qu'elle nous apporte. Indépendamment de nombreux fragments osseux qui semblent appartenir aux os courts de la face, de la colonne vertébrale et des extrémités des membres et qu'il nous est impossible, vu leurs petites dimensions, de reconnaître d'une façon exacte, nous trouvons dans les débris qu'elle nous présente 2 fémurs, 2 tibias, 2 os iliaques, 13 côtes, 2 clavicules, le sternum, le temporal, le maxillaire inférieur, maxillaire supérieur en parfait état de conservation et appartenant manifestement à un fœtus de quatre à cinq mois, ainsi que le temporal que nous venons d'extraire.

La malade ajoute avoir rendu plusieurs autres fragments osseux qu'elle n'a pas recueillis. Le palper abdominal ne permet de constater qu'une tumeur peu volumineuse située à la partie inférieure de l'abdomen et débordant de quelques centimètres la branche horizontale du pubis gauche, derrière laquelle elle s'enfonce. Par le vagin, on trouve dans le cul-de-sac latéral gauche

une bride qui, déprimée, permet d'arriver sur une masse dure de la grosseur d'une orange ; cette masse adhère à l'utérus dont elle occupe le bord gauche, ainsi que la face antérieure. Par une pression assez forte et à peine douloureuse on parvient à lui faire exécuter, en même temps qu'à l'utérus, quelques mouvements limités.

L'état général du reste est excellent, la menstruation est régulière, mais douloureuse. Comme les urines sont toujours un peu purulentes, nous proposons à la malade d'entrer de nouveau à l'hôpital.

Elle y reste huit jours environ, pendant lesquels la vessie est lavée deux fois par jour avec une solution phéniquée ; au bout de ce temps les urines contiennent beaucoup moins de pus.

Le 20 mars, elle revient à la consultation elle a rendu deux ou trois os qu'elle n'a pas conservés, la miction est un peu douloureuse, la vessie ne contient aucun corps étranger, les urines sont à peine purulentes.

Le 12 mai, l'utérus a repris à peu près la place qu'il occupe à l'état normal, dans le cul-de-sac latéral gauche on ne constate plus qu'une induration peu étendue, plus de pus dans l'urine, plus d'expulsion de pièces osseuses, la guérison peut être considérée comme complète.

OBSERVATION XXX

Leslie Dewes (*Centralblatt*, 1891)

Elimination par le vagin et l'intestin. Guérison spontanée (*Med. news.*, 1890)

Une femme multipare remarque après la suspension des règles le développement d'une tumeur du côté droit du ventre. Elle éprouve de ce côté des douleurs vives, qui augmentent de plus en plus et s'affaiblissent. Malgré cela elle refuse toute intervention chirurgicale.

Enfin la tumeur s'ouvre dans l'intestin, d'où s'éliminent des os fœtaux. Après, il se forme encore une perforation dans le vagin à droite du col, par où s'éliminent plusieurs os du crâne et d'autres parties du squelette. Guérison.

Voie extraordinaire, fesse

OBSERVATION XXXI

Ce fait a été publié par Beugnier-Corbeau (de Givet) dans l'*Union médicale* n° 2, avril 1887

Il s'agit d'une femme, qui devint enceinte en 1871. Cette grossesse se termina par des douleurs expulsives qui ne furent suivies d'aucun résultat.

En 1874, il se forme un vaste abcès à la fesse droite par où sortent les os du fœtus ; puis bientôt il se produit un deuxième abcès sur l'autre fesse, puis au bas-ventre et au périnée.

Ces abcès d'origine fœtales ont évolué pendant un laps de temps de dix années, et ont amené comme complication une double ankylose des hanches.

Tableau d'élimination spontanée du Fœtus par le rectum

DONNÉES ANAMNÉTIQUES	AGE du FŒTUS	DURÉE de la RÉTENTION	DURÉE D'ÉLIMINATION	MODE D'ÉLIMINATION	COMPLICATIONS et CONSÉQUENCES	TRAITEMENT	TERMINAISON	
1. J. L..., femme B..., 32 ans, multipare. Tempérament robuste.	au voisinage du terme	2 ans ½	2 mois	par fragments	Fistule kysto-vaginale passagère.	Extirpation instrumentale de certains os.	Guérison	Fruhinsholz (Eury) Prof. agr. de la Faculté. de Nancy.
2. Mme B..., 37 ans, secondipare, bien portante.	4-5 mois	6 sem.	—	partielle	—	Extraction manuelle de la partie infér. du fœtus. *Laparatomie* pour extraire le reste.	Guérison	Daraignez, *Gaz. hebd. des Sc. de Bordeaux*, 1910.
3.	7 mois	5 ans	—	par fragm.	—	Extraction du fœtus après une dilatation des sphincters.	Guérison	Bockenheimer, *Berlin. klin. Woch.* 1910.
4. ....., multipare.	à terme	24-22 m.	—	partielle	Nombreuses excoriations autour de l'anus.	Extraction manuelle.	Guérison	Marsch, *Centralb.*, 1906.
5. 38 ans, primipare.	6-7 mois	17-19 m.	6 sem.	par fragm.	—	Extraction à l'aide d'une pince.	Guérison	Lazarus, *Centralb.*, 1904.
6. Multipare. Accouch. normal ; 1 avortement.	à terme	8 ans	—	par fragm.	—	Opération.	Guérison	Bovec, *Méd. news*, 1898, *Centralblatt*, 1899.
7. 28 ans, multipare.	—	2 ans	10 a. 8 m.	par fragm.	Rupture de l'ancienne poche, péritonite aigue.	—	Mort	De Sepibus, *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1896.
8. 30 ans, multipare ; 8 grossesses normales.	6 mois	3 mois	—	totale	—	Extraction manuelle.	Guérison	Autoriello, *Wien. klin. Wochenschr.* 1889.
9. 32 ans, multipare.	—	8-10 m.	—	par fragm.	Persistance d'une fistule intestinale pendant longtemps.	Laparatomie.	Guérison	Lorenz, *Centralbl.* 1895.

10. 34 ans, secondipare ; bien portante.	5-6 mois	5-7 mois	3 sem.	par fragm.	—	Incision de la paroi post. du vagin.	Guérison	Elischer, *Centralbl*, 1894.
11. Mme M..., multipare ; 2 avort. antérieurs.	à terme	5 ans	4 mois	par fragm.	—	—	Guérison	Bubendorf, *Ann. de Gyn.* 1886.
12. 34 ans, secondipare.	—	—	6 mois	par fragm.	—	—	Guérison	Skimer, *Lancet*, 1886.
13.	—	—	2 mois	par fragm.	—	—	Guérison lente	Hamon de Fresnye, *Centralblatt*, 1886.
14. 52 ans, multipare ; un avortement.	—	—	6 mois	par fragm.	—	—	Guérison	Doe, *Centralblatt*, 1889, *Bost. méd. and. surch. journ.*, 1884.
15. ....., métrite.	8 mois	8 mois	—	par fragm.	—	Extraction des os sous chloroforme.	Guérison	Mischie, *Brit. méd. journ.* 1889.
16. 30 ans.	5 mois	20 mois	19 jours	par fragm.	—	Extraction manuelle.	Guérison	Kœnig, *Wien. méd. pres.* 1883.
17.	—	4 ans	qq. mois	par fragm.	—	—	Guérison	Charles Bell, *Centralb.*, 1881.
18.	—	1 an ½	—	partielle	—	—	Guérison	Jedschoubow, *Centralb.* 1881.
19.	à terme	8 ans	—	—	—	—	—	Doktor, *Centralb.* 1888.
20. Multipare.	—	—	1 an ½	totale	—	—	Mort par épuisement	Martin et Jaquet. Thèse de Deschamps.
21. M..., 33 ans.	à terme	3 mois	2 mois	—	—	Extraction du fœtus avec les doigts.	Mort	Janvrin. Th. de Desch.
22. 40 ans, multipare.	4-5 mois	6 sem.	—	partielle	—	Extraction artificielle du fœtus.	Guérison	Proust. Th. de Desch.
23. 28 ans.	—	—	—	totale	—	Extraction.	Guérison	Deschamps.
24. M..., 30 ans.	3 mois	—	9 m. ½	par fragm.	Fistules périanales rétrécissement du rectum.	Colotomie.	Guérison	James Beuham. Th. de Deschamps.
25. Multipare.	—	26 ans	—	par fragm.	—	—	—	Benicke. Th. de D.

DONNÉES ANAMNÉTIQUES	AGE du FŒTUS	DURÉE de la RÉTENTION	DURÉE D'ÉLIMINATION	MODE D'ÉLIMINATION	COMPLICATIONS et CONSÉQUENCES	TRAITEMENT	TERMINAISON	
26. 29 ans.	8 mois	10 mois	6 mois	par fragm.	—	—	Mort par épuisement	Martin et Tinker. Th. de Deschamps.
27.	—	16 ans	—	—	—	—	Guérison	Laupus. Th. de Desch.
28.	4 mois	2 m. ½	1 an	partielle	—	—	Guérison	Purefoy. Th. de Desch.
29.	4 mois	—	lentement	partielle	Santé compromise pour quelques années.	—	Guérison	Gaillard Thomas. Th. de Deschamps.
30. 21 ans, multipare.	9 mois	6 mois	—	3 évacuations	-	Laparatomie.	Guérison	Gaillard Thomas. Th. de Deschamps.
31. X..., 26 ans.	9 mois	—	18 mois	par fragm.	—	Intervention chirurgicale.	Guérison	*Arch. de tocologie*, 1875.
32.	9 mois	14 ans	—	par fragm.	—	Extraction manuelle.	—	Gripouilleau. *Arch. de tocologie*, 1874.
33.	—	—	—	partielle	—	—	Guérison	Woodleurg. *Arch. de tocologie*, 1874.
34. 28 ans.	3 m. ½	—	2 jours	partielle	—	—	Guérison	James Mac Gec. Browne.
35.	7 mois	5 ans	—	partielle	—	Opération.	Guérison	

Tableau d'élimination par la paroi abdominale

ANTÉCÉDENTS	AGE du FŒTUS	DURÉE de la RÉTENTION	DURÉE D'ÉLIMINATION	MODE D'ÉLIMINATION	COMPLICATIONS et CONSÉQUENCES	TRAITEMENT	TERMINAISON	
36. Justine V..., 38 ans, multipare.	5 mois	2 m. ½	15 jours	par fragm.	Etranglem. d'une anse intestin. à travers l'orifice.	Anus contre nature.	Guérison	Bansol, *Lyon médical.*
37. E. I..., 58 ans, multipare.	à terme	13 ans	—	par fragm.	Communication du kyste avec l'intestin.	Laparatomie.	Guérison	Thomson. *Zeitschr, f. Geburtsch. und Gyn.*, 1895.
38. C..., multipare.	—	—	—	par fragm.	—	Extraction.	Guérison	Windroff. Th. de Deschamp.
39. 25 ans, multipare.	—	—	3 sem.	—	—	Gastrotomie.	—	Angello Seite. Th. D.
40. Multipare.	à terme	5 ans	—	par fragm.	—	Gastrotomie.	—	Thèse de Caraman.
VAGIN								
41. Multipare.	—	5 ans	5 mois	par fragm.	—	—	Morte par cachexie	Monnier. *Progrès médical*, 1884.
42. 37 ans, multipare.	—	—	—	totale	—	—	Guérison lente	W. Lusk. *Centralb.*, 1886.
43.	9 mois	5 mois	—	par fragm.	Fistule intestino-kysto-vaginale.	Extraction de parties fœtales.	—	J. H. Petit.
44.	—	2 ans	6 mois	partielle	—	—	—	Priestlye. Th. de Desch.
45. Multipare.	8 mois	1 an ½	—	par fragm.	—	—	—	Lamy. Th. de D.
46. 38 ans, multipare.	à terme	5 mois	—	—	—	Extraction sous chloroforme.	Guérison	Pennytater. *Ann. de Gyn.* 1884.
UTÉRUS								
47.	3-4 mois	3 mois	—	par fragm.	—	—	—	Gebhardt. *Munsch, méd. Wochensch* 1895.

ANTÉCÉDENTS	AGE du FŒTUS	DURÉE de la RÉTENTION	DURÉE D'ÉLIMINATION	MODE D'ÉLIMINATION	COMPLICATIONS et CONSÉQUENCES	TRAITEMENT	TERMINAISON		
VESSIE									
48. 31 ans, multipare.	5 mois	2 ans	quelques jours à plusieurs reprises	par fragm.	—	Extraction après la dilatation de l'urètre.	Guérison	Ehrendorfer. *Centralb.* 1904.	
49.	—	6 ans	—	par fragm.	—	Extraction après la dilatation de l'urètre.	Guérison	Winckel. *Centr.*, 1904.	
50. 31 ans.	6 mois	1 an	quelques jours	—	Enclavement d'un os dans l'urètre.	Incision de la cloison vésico-vaginale. Formation d'une fistule vésico-vaginale artificielle.	Guérison	Heggard. *Rev. de Gyn. et chir. abdom.*, 1904.	
51. 40 ans, multipare.	—	10 ans	—	par fragm.	Hydronephrose par compression.	Opération.	Guérison	Steltner. *Centralb.* 1895.	
VOIES MULTIPLES								VOIES d'élimin	
52. 23 ans, primipare.	4-5 mois	6 mois	10 mois	par fragm.	—	—	Guérison	Vessie et rectum	Haym et Giradeau.
53. Multipare.	—	—	—	par fragm.	—	—	—	Vagin et intestin	Leslie Derves. *Centr.*, 1891.
54.	7 mois	1 an	6 mois	partielle	—	—	—	Vessie et rectum	Raskiewic. Th. de Desch.
VOIES EXTRAORDINAIRES (Fesses)									
55.	à terme	3 ans	10 ans	par abcès	Ankylose des hanches.	Extraction manuelle.	Guérison	fesses, ventre et périnée	Beugnier Corbeau. *Union méd.*, 1887.

CONCLUSIONS

Nous n'en avons qu'une à tirer, en regardant le tableau (sur 55 cas observés : 4 cas mortels, soit 7,3 %, 13 fois des interventions chirurgicales, soit 24 %):

Chaque fois qu'on diagnostique une grossesse extra-utérine, on doit la considérer, comme dit Werth, comme une tumeur maligne et la traiter comme telle. Cet avis est partagé par un grand nombre d'auteurs, tandis que les autres, comme Parry, Hutschinson, en se basant sur ce fait que la guérison peut survenir dans certains cas, conseillent plutôt la conduite expectative.

En effet, Maygrier trouve sur 70 cas où l'opération était faite, une mortalité de 35,7, tandis que Hutschinson sur 73 cas où on n'intervint pas, 24 %.

Mais depuis, les progrès de l'asepsie ont notablement diminué les risques de l'infection, qui était le gros danger dans l'intervention et on a observé de nombreux cas suivis de succès. Nous partageons l'avis de M. le professeur Pozzi qui dit que « les cas rares de tolérance ou de guérison naturelle ne sauraient autoriser l'expectation en présence des accidents mortels qui

constituent la règle presque générale quoiqu'à échéance plus ou moins longue ».

Ensuite est-on sûr d'éviter l'intervention chirurgicale tant redoutée, dans les cas où l'élimination se produit? Sur 55 cas de notre tableau, on trouve 13 fois des interventions chirurgicales : dans 5 cas ; laparotomie dans deux cas : incision de la paroi vésico-vaginale ; dans un cas : colotomie ; dans 4 cas : opérations diverses. Combien cette intervention est-elle aggravée par l'état de la femme, déjà infectée !

L'élimination terminée, les complications obligeront encore le plus souvent à intervenir chirurgicalement.

Supposons même les cas, où l'élimination se fait normalement et marche vers la guérison : aux prix de quelles souffrances, de quels ennuis et de quels dangers, les femmes sont débarrassées de leur produit de conception retenu hors de l'utérus.

Vu :
Nancy, le 20 Juin 1913.
Le Président de Thèse,
A. HERRGOTT.

Vu :
Nancy, le 23 Juin 1913.
Le Doyen,
GROSS.

Vu et permis d'Imprimer :
Nancy, le 24 Juin 1913.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. ADAM,
Correspondant de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Autoriello. — *Wiener klin. Wochenschr.* 1889.

Baculescu. — Etude statistique sur les grossesses extra-utérines. *Revue de Chirurgie* 1912.

Bouilly. — Notes sur la grossesse extra-utérine. *La Semaine gyn.* 1898.

Bovec. — Alte reife ecto pische Schwangerschaft. *Zentralblatt fur Gyn.* 1897.

Boisleux. — Un cas de grossesse extra-utérine ; terminaison spontanée. *Arch. d'Obst. et Gyn.* 1890.

Barsony. — Ueber extra-ut. Grav. *Zentralblatt f. Gyn.* 1887.

Bouzol. — L'élimination du fœtus par l'ombilic. *Lyon médic.* 1884.

Bell (Charles). — Extra-ut. Schwangersch. *Zentralblatt f. Gyn.* 1881.

Bloch. — A propos d'un cas de grossesse péritonéale. *Bull. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris,* 1912.

Bubendorf. — *Annales de Gyn.*

Baudelocque. — Causes de grossessse extra-péritonéales : L'art de l'accouch. T. II, p. 481.

Bockenheimer. — Fall von Extra-uteringrav. *Berlin klin. Wocheschr.* 1910.

Burnier. — Signes, diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine. *Gaz. des hôpitaux*, Paris 1908.

Browne. — Contribution à l'étude de la grossesse gemell. intra et extra-utérine combinée. *Ann. de Gyn.*, 1883.

Benham (James). — Thèse de Deschamps.

Benicke. — Idem.

Benguier-Corbeau. — *Union médicale* 1887.

Burckhardt. — *Berlin. klin. Woch.* 1881, 47, p. 698.

Croom. — Série d'observations de grossesses extra-utérines, démontrant l'utilité de l'intervention chirurgicale à toute période. *Arch. d'Obst. et Gyn.* 1895.

Courmont. — *Lyon médical* 1890.

Condamin. — *Lyon médic.* 1902.

Croisier. — Grossesse extra-utérine rompue au 8e mois. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, Paris 1907.

Chayé — Signes et diagnostic de la grossesse extra-utérine. Th. de Paris 1882.

Charpentier. — Traité pratique des accouch.

Cauvenberghe. — Des grossesses extra-utérines, Bruxelles 1867.

Docktor. — Extra-ut. Schwangersch. *Zentralblatt f. Gyn.* 1893.

Doe. — Fötusknochen per rectum enhferet. *Zentralblatt f. Gyn.* 1885.

Deletrez. — Grossesse extra utérine avec squelette fœtal. *Bull. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.* 1910.

Daraignez. — Grossesse extra-utérine, évacuation partielle par le rectum. *Gaz. hebd. de Sc. médic. de Bordeaux* 1910.

Depaul. — De la grossesse extra-péritonéale, de son diagnostic et traitement. *Arch. de Tocol.*, 1874, 1875.

Duboue. — Observation de grossesse extra-utérine. Idem.

Deschamps. — Sur diverses modes de terminaison de grossesse extra-utérine et leur traitement. Thèse de Paris 1880.

Dittel (von). — Remarques sur la grossesse extra-utérine. *Progrès médic.* 1908.

Durand. — Grossesse extra-utérine prolongée et à terme, fœtus ayant séjourné 11 mois dans la cavité abdominale. *Bull. Soc. de Chirurgie de Lyon* 1908.

Elischer. — Ein mit Scheidenincision behandelter Fall von Extra-ut. Schwanz. *Zentralblatt f. Gyn.* 1894.

Ehrendorfer. — *Zentralblatt f. Gyn.* 1904.

Flothman. — Laparotomie bei alter Extra-uterinschwang. *Frauenhartz Berlin.* 1891.

Fresny-Hamon (De). — Ein Fall von Extra-ut. Gravid. *Zentralblatt f. Gyn.* 1887.

Ferré. — Grossesse extra-utérine ; rupture à 8 mois, putréfaction abd. de l'œuf. perforation spontanée de l'ut. *Ann. de Gyn.* 1912.

Fieux. — Grossesse extra-utérine abdominale. *Rev. pratique d'obst. et de pædiat.* Paris 1908.

Frisack. — *Norsk. Magaz. f. Lægewid.* 1882. Bd. XII, p. 267.

Gouilliond. — Grossesse extra-utértne datant d'un an. *Lyon médic.* 1889.

Garand. — Contribution à l'étude des symptômes et du traitement de grossesse extra-utérine. Thèse de Montpellier 1909.

Gripouilleau. — *Arch. de Tocol.* 1874.

Gebhardt. — *Munch. medic. Wochenschr.* 1897.

Galabru. — *Obst. Trans.* 1876, v. XVIII, p. 82.

Heard. — Fall. von Extra-ut. Schwanz. *Zentralblatt* 1881.

Heineck. — Des grossesses extra-utérines et leur traitement. *Gaz. de Gyn.* 1907.

Haym et Giradeau. — Grossesse extra-utérine abdominale. Ouverture dans le rectum et la vessie. *Arch. de Tocol.* 1884.

Heggard. — *Rev. de Gyn. et Chir. abdom.* 1904.

Jayye et Delherin. — La grossesse extra-utérine tub. et intraligam. *Rev. de Gyn. et Chirur. abd.* 1900.

Jedschoubow. — Fall von Extra-ut. Schwang. *Zentralblatt f. Gyn.* 1881.

Jacquemier. — Manuel des accouch. 1846, p. 383.

Janvrin. — Thèse de Deschamps.

König. — Seltener Ausgang einer Bauchschw. *Wiener medic. Presse* 1883.

Kuchenmeister. — *Zentralblatt f. Gynec.* 12, 1880.

Lazarus. — Ein Fall von Extra-ut. Schwang. *Zentralblatt f. Gyn.* 1904.

Lusk (W). — Fall von Extra-ut. Schwang. *Zentr. f. Gyn.* 1886.

Leslie-Daves. — Fall von Extra-ut. Schwang. *Zentralblatt* 1891.

Lorenz. — Idem. *Zentralbl.* 1895.

Lanpus. — Thèse de Deschamps.

Leite (Angello). — Idem.

Marsch. — Ausgetragene Abdominalschwang mit Abgang der Fœtus per rectum. *Zentralblatt f. Gyn.* 1906.

Martin (Berlin). — De gross. extra-ut. *Ann. de Gyn.* 1892.

Martin et Jacquet. — Thèse de Deschamps.

Martin et Tinker. — Idem.

Mattei. — Divers modes de terminaison de grossesse extra-utérine ancienne et de leur traitement. *Gaz. des hôpitaux.* 1860.

Maygrier. — Terminaison et traitement de la grossesse extra-utérine. Thèse d'agrégation 1886.

Mischie. — Extra-ut. Schwang. *Zentralblatt f. Gyn.* 1884.

Monnier. — *Progrès médic.* 1884.

Oliver. — Etude de 4 cas de grossesse extra-utérine à terme. *Semaine gynec.* Paris 1898.

Olshausen. — De grossesse extra-utérine. *Semaine médic.* 1890.

Puesch. — De la grossesse de l'ovaire.

— Du traitement de la grossesse extra-utérine. *Ann. de Gyn.* 1879.

— (Statistique). Traité pratique de maladies de l'ut. 1881, p. 1328.

Pigeolot. — *Bull. Acad. méd. belge,* t. XV, 1879.

Pozzi. — De la conduite à tenir dans les cas de grossesse extra-utérine. *Semaine médic.* 1890.

— Traité de gyn.

Pinard. — Sur deux observations de grossesse extra-utérine. *Bull. d'Acad. de médec.* Paris 1897.

— Signes diagn. et traitement de la grossesse extra-utérine après le 6e mois. *Semaine médic. de Paris*, 1894.

— Grossesse extra-utérine. *Dictionnaire médic. de Paris* 1894.

— Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine. *Ann. de Gyn.* 1889.

— Nouveaux documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine. *Ann. de Gyn.* 1892.

Pasel. — Grossesse extra-utérine, *Progrès médic.* Paris 1912.

Petit (J.-H). — Sur l'anus contre nature oléo-vaginal. *Ann. de Gyn*, 1882, 1883.

Parry. — Extra-utérine Pregnancy. *Londres*, 1876.

Priestlye. — Thèse de Deschamps.

Purefoy. — Idem.

Pennyfater. — *Annales de Gyn.*, 1883.

Routier. — Traitement de grossesse extra-utérine. *Ann. de Gyn.*, 1876.

Raskievic. — Thèse de Deschamps.

Sabadini. — Grossesse extra-utérine. *Ann. de Gyn.*, 1907.

Sepibus. — Grossesse extra-utérine, accouchement par rectum. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1896.

Segoud. — Traitement de grossesse extra-utérine. *Ann. de Gyn.*, 1898.

Skimer. — Extra-utérine Schwanz. *Lancet*, 1886. *Zent. f. Gyn.*,

Stoltz. — Grossesse extra-utérine. *(Dictionnaire de médecine et de chirurgie).*

Schuhl. — Rétention d'un lithopædion. *Rev. méd. de l'Est de Nancy*, 1909.

— Des grossesses extra-utérines anciennes. Thèse de Nancy, 1889.

Sinety. — Manuel pratique de gyn. et des maladies des femmes.

Sue (jeune). — Essais historiques sur les accouchements, t. I, p. 101.

Symonds. — *The Lancet*, 1883.

Shellhner. — *Zentralblatt f. Gyn.*, 1895.

Schmitt. — *Memorabilien*, 1874.

Troczewski. — Ein Fall von Extra-uteringrav. *Zentralblatt f. Gyn.*, 1897.

Thelin. — Grossesse extra-utérine à terme. *Revue méd. Suisse rom.*, 1912.

Teinturier. — Etiologie de grossesse extra-utérine. Thèse de Paris, 1895.

Thomas-Gaillard. — Thèse de Deschamps.

Tarnier et Budin. — Traité de l'Art d'accouchement.

Vernedal. — De la conduite à tenir dans les cas de rétention prolongée du fœtus extra-utérin. Thèse de Paris, 1904.

Windroff. — Thèse de Deschamps.

Winkel. — *Zentralblatt f. gyn.*, 1904.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 5

HISTORIQUE ET DIVISION DU SUJET 7

CHAPITRE I. — Mode de formation et évolution anatomique du kyste fœtal dans la grossesse ancienne. 11

CHAPITRE II. — Ouverture du kyste au dehors avec issue spontanée de parties fœtales. Symptômes cliniques. . 17

CHAPITRE III. — Complications de l'élimination spontanée. 35

CHAPITRE IV. — Pronostic de l'élimination spontanée . . 43

CHAPITRE V. — Traitement 49

CHAPITRE VI. — Observations. 51

TABLEAUX SYNTHÉTIQUES 100

CONCLUSIONS 105

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE. 107

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER, 4, QUAI CHOISEUL, NANCY.